



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διερεύνηση των απόψεων και των στάσεων του υγειονομικού
προσωπικού απέναντι στις ιδιαιτερότητες της παροχής φροντίδας σε
πρόσφυγες και ρομά / τσιγγάνους**

ΜΠΙΚΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

Επιβλέπων καθηγητής: Σουλιώτης Κυριάκος

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Σουλιώτης Κυριάκος, Αναπληρωτής Καθηγητής (επιβλέπων)
2. Μαρία Κοντούλη-Γείτονα, Καθηγήτρια
3. Μαρία Σαρίδη

Οκτώβριος 2018

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας τη διπλωματική μου θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους ανθρώπους που ήταν αρωγοί αυτής της προσπάθειας και την επηρέασαν. Σε αυτούς τους ανθρώπους θέλω να αναφερθώ και να τους ευχαριστήσω για τη σημαντική βοήθεια που μου προσέφεραν στα διάφορα στάδια της μεταπτυχιακής μου ειδίκευσης.

Ευχαριστώ θερμά τους καθηγητές για τις πολύτιμες γνώσεις που μας προσέφεραν κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού αυτού προγράμματος.

Θα ήθελα να εκφράσω ξεχωριστά τις θερμές μου ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή κ. Κυριακό Σουλιώτη για την πολύτιμη συνεισφορά του στην εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής μου εργασίας.

Επίσης ευχαριστώ την καθηγήτρια κ. Μαίρη Γείτονα, για την άριστη συνεργασία και την άμεση ανταπόκριση.

Τέλος, θερμές ευχαριστίες ανήκουν και στην κ. Μαρία Σαρίδη για την πολύτιμη βοήθεια και την έντονη δραστηριότητά της κατά την διάρκεια της φοίτησης στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	11
1.1. Ορισμός Προσφύγων	11
1.2. Πρόσφυγες στην Ευρώπη.....	12
1.3. Πρόσφυγες στην Ελλάδα	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΚΑΙ ΡΟΜΑ	21
2.1. Προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ενήλικες πρόσφυγες.....	21
2.2. Προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν τα παιδιά και οι έφηβοι των προσφύγων	24
2.3. Πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν οι Ρομά	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΚΑΙ ΡΟΜΑ	28
3.1. Πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη	28
3.2. Εμπόδια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	36
4.1. Προκλήσεις για τους επαγγελματίες του τομέα υγείας.....	36
4.1.1. Εμπιστοσύνη στη σχέση	36
4.1.2. Επικοινωνία	36
4.1.3. Πολιτιστική κατανόηση	37
4.1.4. Υγειονομικές και κοινωνικές συνθήκες.....	38
4.1.5. Χρόνος	40
4.2. Σύστημα υγειονομικής περίθαλψης	40
4.2.1. Εκπαίδευση και καθοδήγηση.....	40

4.2.2. Επαγγελματική υποστήριξη	41
4.2.3. Σύνδεση με άλλες υπηρεσίες	41
4.2.4. Οργάνωση	41
4.2.5. Πόροι και ικανότητα	42
4.2.6. Άσυλο και επανεγκατάσταση	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	43
5.1. Σκοπός.....	43
5.2. Μέθοδος και Υλικό	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	45
6.1. Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά Επαγγελματιών υγείας	45
6.2. Εργασιακά Χαρακτηριστικά Επαγγελματιών υγείας.....	46
6.3. Απόψεις και Στάσεις	47
6.4. Συσχετίσεις	52
ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	75
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	77
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'	93
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β'.....	95
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ'	96

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι πρόσφυγες έχουν πολύπλοκες και ποικίλες ιατρικές, ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες. Έτσι οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν προκλήσεις στην φροντίδα υγείας ασθενών προσφύγων και ρομά. **ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση των απόψεων και στάσεων του υγειονομικού προσωπικού απέναντι στις ιδιαιτερότητες της παροχής φροντίδας σε πρόσφυγες και ρομά. **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Η έρευνα διεξήχθη στο Γενικό Νοσοκομείο της Κορίνθου. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτελέσαν 173 επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές και παραϊατρικό προσωπικό) που φροντίζουν πρόσφυγες και ρομά. Η διάρκεια της ερευνάς ήταν από τον Ιούλιο 2018 έως και τον Σεπτέμβριο 2018. Τα ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν ήταν αυτοσυμπληρούμενα και βασίσθηκαν στο ξένο ερωτηματολόγιο των Harding και Duncan (2013). **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η πλειοψηφία του δείγματος (39,3%) απάντησε ότι μια φορά το μήνα παρακολουθεί ή την επισκέπτονται προσφυγές ασθενείς ή ρομά, ωστόσο υψηλό ποσοστό απάντησε μια φορά την εβδομάδα (38,7%). Επίσης, οι συμμετέχοντες (53,2%) δήλωσαν ότι μερικές φορές έχουν παρατηρήσει ότι δουλεύοντας με τους πρόσφυγες διαταράσσεται το κανονικό πρόγραμμα τους. Σημαντικό είναι το εύρημα ότι οι επαγγελματίες υγείας νιώθουν σίγουροι αντιμετωπίζοντας ιατρικά θέματα (69,4%) και ψυχολογικά προβλήματα (52,6%) που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά. Επιπλέον, το δείγμα δήλωσε ικανοποιημένο με τις υπηρεσίες υποστήριξης (59,5%) και επιθυμούν περισσότερη υποστήριξη (75,1%) και εκπαίδευση (63%) σχετικά με την παροχή φροντίδας υγείας των προσφύγων/ρομά. Όσον αφορά τα κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά διαφορές βρέθηκαν μεταξύ των απόψεων και στάσεων των επαγγελματιών υγείας και της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης, του επίπεδου εκπαίδευσης, των ετών προϋπηρεσίας και του τομέα εργασίας. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Υπάρχουν σημαντικές προκλήσεις στην γενική πρακτική όσον αφορά τη διασφάλιση της καλής διαπολιτισμικής φροντίδας. Είναι θεμιτό το σύστημα υγείας της Ελλάδας να αναγνωρίσει τις ιδιαιτερότητες των ασθενών προσφύγων και ρομά προκειμένου να υποστηρίξει και εκπαιδεύσει και να καταρτίσει κατάλληλα τους επαγγελματίες υγείας με στόχο την βελτίωση της υγείας αυτών ευπαθών ομάδων.

Λέξεις κλειδιά: απόψεις, στάσεις, επαγγελματίες υγείας, παροχή φροντίδας υγείας, πρόσφυγες, ρομά

ABSTRACT

INTRODUCTION: Refugees have complex and varied medical, psychological and social needs. Thus, health professionals face challenges to health care for refugee and migrant patients. **PURPOSE:** Exploring the perceptions and attitudes of the healthcare staff towards the specifics of providing care for refugees and roma. **METHODOLOGY:** The survey was conducted at the General Hospital of Corinth. The final sample of the survey was consisted of 173 health professionals (doctors, nurses and paramedics) who take care of refugees and roma. The duration of the survey was from July 2018 to September 2018. The questionnaire distributed was self-completion and was based on the foreign questionnaire by Harding and Duncan (2013). **RESULTS:** The majority of the sample (39.3%) replied that once or twice a month, patients are followed or visited by patients, but a high rate of responding responded once a week (38.7%). Also, the participants (53.2%) stated that they have sometimes noticed that working with refugees is disturbing its normal program. Significant is the result that health professionals feel confident about medical issues (69.4%) and psychological problems (52.6%) that refugees / roma pose. In addition, the sample was satisfied with the support services (59.5%) and wished to receive more support (75.1%) and education (63%) for the provision of refugee / roaming health care. With regard to socio-demographic and labor characteristics, differences were found between the attitudes and attitudes of health professionals and age, marital status, level of education, years of service, and the workplace. **CONCLUSIONS:** There are major challenges to the general practice of ensuring good intercultural care. It is legitimate for Greece's health system to recognize the specificities of refugee and migrant patients in order to adequately support and educate health professionals in order to improve the health of these vulnerable groups.

Key words: perceptions, attitudes, health professionals, health care provision, refugees, roma

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε όλη την ανθρώπινη ιστορία, πολλοί άνθρωποι έχουν αναγκαστεί να φύγουν από τα σπίτια τους και τις χώρες λόγω βίας ή απειλών βίας. Τα έθνη συνήθως παρέχουν ένα ασφαλές καταφύγιο για όσους το αναζητούσαν και το 1950 ιδρύθηκε το Γραφείο της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες (UNHCR) για να παρέχει διεθνή ηγεσία και συντονισμό για την προστασία των προσφύγων και την προώθηση της ευημερίας τους. Η σύμβαση της UNHCR ορίζει τους πρόσφυγες ως άτομα που έχουν «βάσιμο φόβο διώκονται για λόγους φυλής, θρησκείας, εθνικότητα, ιδιότητα μέλους κοινωνικής ομάδας ή πολιτικές απόψεις, βρίσκονται έξω της χώρας ιθαγένειάς τους και δεν είναι σε θέση, λόγω φόβου, ή δεν επιθυμούν να επιστρέψουν στη χώρα τους (UNHCR, 2010).

Εκείνοι που βρίσκονται στη διαδικασία υποβολής αιτήσεων προς το καθεστώς του πρόσφυγα αναφέρονται ως «αιτούντες άσυλο». Μέχρι τα τέλη του 2015, εκτιμάται ότι 65,3 εκατομμύρια άτομα έχουν εκδιωχθεί βίαια παγκοσμίως, συμπεριλαμβανομένων 40,8 εκατομμυρίων εσωτερικά εκτοπισμένων, 21,3 εκατομμύρια πρόσφυγες και 3,2 εκατομμύρια αιτούντες άσυλο.

Το 2015 σχεδόν 857.000 άτομα διήλθαν από την Ελλάδα, το 2016 μόνο από τη θάλασσα έφθασαν στην χώρα σχεδόν 173.000 άνθρωποι. Μετά το κλείσιμο της επονομαζόμενης «μεταναστευτικής διαδρομής των Βαλκανίων» τον Μάρτιο 2016, δεκάδες χιλιάδες πρόσφυγες έμειναν εγκλωβισμένοι στην Ελλάδα. Μέσω του Μηχανισμού Στήριξης Έκτακτης Ανάγκης της ΕΕ, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει διαθέσει έως τώρα πάνω από 605.3 εκατομμύρια EUR για να ανταποκριθεί στο προσφυγικό ζήτημα στην Ελλάδα.

Οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο είναι μια ευάλωτη ομάδα με σημαντικές και σύνθετες ανάγκες υγείας (Aspinall, 2014). Μια έρευνα από την Υπηρεσία Συνόρων του Ηνωμένου Βασιλείου το 2010 έδειξε ότι οι πρόσφυγες έχουν φτωχότερη υγεία από τον γενικό πληθυσμό (Daniel και συν. 2010). Όπως και οι περισσότεροι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο προέρχονται από χαμηλό εισόδημα και χώρες μεσαίου εισοδήματος, υπάρχουν, κατά συνέπεια, υψηλότερες επικρατούσες μολυσματικές ασθένειες, όπως η ηπατίτιδα Β, η φυματίωση και το HIV σε σύγκριση με τον εγχώριο πληθυσμό (Clark και Mytton 2007). Ο κίνδυνος μόλυνσης των μολυσματικών ασθενειών μπορεί να αυξηθεί λόγω κακών συνθηκών υγιεινής κατά τη διάρκεια παραμονής σε μια χώρα, σε συνδυασμό με την ανεπάρκεια εμβολιασμού (Allotey 2003).

Οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο υποφέρουν επίσης από μη μεταδοτικές ασθένειες όπως η υπέρταση, μυοσκελετική νόσο, χρόνια αναπνευστική ασθένεια και διαβήτης, που μπορεί να επιδεινώνονται όταν υποχρεώνονται να φύγουν από τις χώρες τους (Amara και Aljunid 2014).

Μια περαιτέρω ανησυχία για τους πληθυσμούς προσφύγων και αιτούντων άσυλο είναι η ψυχική τους υγεία. Η βία που έζησαν στην χώρα τους, συμπεριλαμβανομένου του πολέμου, της σεξουαλικής κακοποίησης και των βασανιστηρίων, μπορεί να οδηγήσουν σε ψυχολογικά και τα φυσικά τραύματα (Kalt και συν 2013). Οι Fazel και συν. (2005) εκτιμούν ότι το 9% των ενηλίκων προσφύγων μπορεί να υποφέρει από μετατραυματική διαταραχή άγχους, η οποία είναι περίπου 10 φορές υψηλότερη σε σχέση με τον γενικό αμερικανικό πληθυσμό.

Αντίστοιχα είναι και τα στοιχεία για τους Ρομά. οι ανισότητες στον τομέα της υγείας που αντιμετωπίζουν οι Ρομά που ζουν στην Ευρώπη αποτελούν μια συνεχιζόμενη πρόκληση για την έρευνα και την πρακτική στον τομέα της υγείας. Η βιβλιογραφία για τους Ρομά και την υγεία συμφωνεί ότι: (1) Οι Ρομά υποφέρουν από φτωχότερη υγεία και ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, (2) χρειάζονται καλύτερα δεδομένα για να εξηγηθεί το χάσμα υγείας των Ρομά και να σχεδιαστούν καλύτερες παρεμβάσεις για τη μείωση αυτού του χάσματος και 3) η κακή υγεία των Ρομά συνδέεται στενά με τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας (Földes και Covaci 2012).

Οι πρωτοβάθμιες ομάδες υγειονομικής περίθαλψης βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της υγειονομικής περίθαλψης για τους πρόσφυγες και τους αιτούντες άσυλο που φθάνουν σε χώρες υψηλού εισοδήματος (Starfield 1994). Αυτές οι ομάδες μπορεί να περιλαμβάνουν ποικιλία επαγγελματικών προφίλ, κλινικών και μη κλινικών, αλλά συνήθως περιλαμβάνουν έναν πυρήνα γενικών ιατρών, νοσηλευτών και μαίες. Ωστόσο, οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις κατά τη φροντίδα των προσφύγων (Jensen και συν. 2013, Burchill και Pevalin 2012, Kurth και συν. 2010). Πρέπει να αντιμετωπίσουν τις πολύπλοκες κοινωνικές και υγειονομικές ανάγκες τους, συχνά σε διαπολιτισμικές αλληλεπιδράσεις, και να λειτουργήσουν μέσα στα συστήματα υγείας που ενδέχεται να μην είναι διαρθρωτικά διαμορφωμένα ή πολιτικά ευνοϊκά προς το σκοπό αυτό της ομάδας (O'Donnell 2016). Οι προκλήσεις αυτές έχουν αντίκτυπο στην ικανότητά τους να παρέχουν την ίδια φροντίδα ποιότητας με τον γενικό πληθυσμό, οδηγώντας σε ανισότητες στον τομέα της υγείας (Jones και Gill 1998).

Οι εμπειρίες των επαγγελματιών του τομέα της υγείας που φροντίζουν πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο σε χώρες υψηλού εισοδήματος έχουν διερευνηθεί μέσω μιας σειράς ποιοτικών ερευνών που διεξήχθησαν σε διάφορες χώρες και σε χώρους πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση από τους Suphanchaimat και συν. (2015) συνθέτει προκλήσεις που παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στους μετανάστες από την άποψη του παρόχου.

Δομή Εργασίας

Η παρούσα διπλωματική αποτελείται από δυο κύριες ενότητες. Στην πρώτη ενότητα παρουσιάζεται η βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος και στην δεύτερη ενότητα παρατίθενται τα αποτελέσματα της έρευνας. Ειδικότερα:

Στο κεφάλαιο 1 παρουσιάζεται ο ορισμός των προσφύγων και γίνεται αναφορά στα στατιστικά στοιχεία αυτών στην Ευρώπη και στην Ελλάδα.

Στο κεφάλαιο 2 περιγράφεται η κατάσταση υγείας των προσφύγων και Ρομά. Συγκεκριμένα γίνεται αναφορά, στα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ενήλικες πρόσφυγες, τα παιδιά και οι έφηβοι των προσφύγων καθώς και οι Ρομά.

Στο κεφάλαιο 3 αναφέρεται η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας των προσφύγων και Ρομά και παραβιάζονται τα προβλήματα και τα εμπόδια στην υγειονομική περίθαλψη αυτών των πληθυσμών.

Στο κεφάλαιο 4 παρουσιάζονται οι προκλήσεις και παράγοντες διευκόλυνσης των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την φροντίδα υγείας των ασθενών προσφύγων/ρομά. Ειδικότερα γίνεται αναφορά στην εμπιστοσύνη στη σχέση, στην επικοινωνία, την πολιτιστική κατανόηση, τις υγειονομικές και κοινωνικές συνθήκες και το χρόνο. Ακόμη, αναφέρονται οι παράγοντες που μπορούν να διευκολύνουν τους επαγγελματιών υγείας στην φροντίδα υγείας των ασθενών προσφύγων/ρομά όπως η εκπαίδευση και καθοδήγηση, η επαγγελματική υποστήριξη, η σύνδεση με άλλες υπηρεσίες, η οργάνωση του νοσοκομείου, οι διαθέσιμοι πόροι και ικανότητες και οι τρόποι επανεγκατάστασης.

Στο κεφάλαιο 5 παρατίθεται ο σκοπός και μεθοδολογία της έρευνας, όπου αναφέρονται τα ερευνητικά ερωτήματα και αναλύεται η δειγματοληψία, η συλλογή των δεδομένων, το δείγμα, το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας και οι στατιστικές αναλύσεις που χρησιμοποιήθηκαν.

Στο κεφάλαιο 6 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και συγκεκριμένα τα κοινωνικο-δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας, η περιγραφική στατιστική των ερωτήσεων, οι συσχετίσεις των ερωτήσεων με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα εργασιακά χαρακτηριστικά.

Στο τελευταίο κεφάλαιο πραγματοποιείται συζήτηση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας και γίνεται σύγκριση με τα αποτελέσματα άλλων ελληνικών και ξένων ερευνών. Επίσης, παρατίθενται τα συμπεράσματα της έρευνας και προτείνονται κάποιες πολιτικές και δράσεις για την ποιοτικότερη και συνεχή φροντίδα υγείας σε πρόσφυγες και ρομά και τους τρόπους διευκόλυνσης των επαγγελματιών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1. Ορισμός Προσφύγων

Οι λέξεις πρόσφυγας, ο αιτών άσυλο και οι μετανάστες έχουν σαφείς ορισμούς στο διεθνές δίκαιο. Η Ύπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για τους πρόσφυγες είναι υπεύθυνος για την διεθνή προστασία των προσφύγων και ιδρύθηκε το 1951. Η σύμβαση προβλέπει τον ακόλουθο ορισμό του πρόσφυγα:

«Λόγω ενός δικαιολογημένου φόβου να διωχθεί λόγω φυλής, θρησκείας, ιθαγένειας, ιδιότητας μέλους συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας ή πολιτικής άποψης, είναι εκτός της χώρας της οποίας είναι υπήκοος και δεν είναι σε θέση ή λόγω αυτού του φόβου είναι απρόθυμος να κάνει χρήση της προστασίας αυτής της χώρας όπως τροποποιήθηκε από το πρωτόκολλο του 1967 που απέσυρε τους περιορισμούς του χρόνου και της γεωγραφικής θέσης (UNHCR, 2015)».

Η διάκριση μεταξύ προσφύγων και αιτούντων άσυλο είναι ότι στους πρόσφυγες έχει χορηγηθεί προστασία στη χώρα υποδοχής, ενώ οι αιτούντες άσυλο ζητούν προστασία εκτός της χώρας καταγωγής τους και αναμένουν την απόφαση ότι είναι πρόσφυγες. Ένας αιτών άσυλο ορίζεται ως άτομο που βρίσκεται εκτός της χώρας καταγωγής του και ζητεί το καθεστώς του πρόσφυγα βάσει βάσιμου φόβου δίωξης λόγω φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, κοινωνικής ομάδας ή πολιτικών πεποιθήσεων, αλλά ο ισχυρισμός του δεν έχει τεκμηριωθεί νομικά (UNHCR, 2015).

Η λέξη μετανάστης ορίζεται στο λεξικό Merriam-Webster ως άτομο που έρχεται σε μια χώρα για να αποκτήσει μόνιμη κατοικία. Οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο διαφεύγουν από τη χώρα τους από φόβο βίαιης σύγκρουσης. Όλοι οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο μπορεί να θεωρηθούν μετανάστες αλλά όχι όλοι οι μετανάστες να θεωρηθούν πρόσφυγες ή αιτούντες άσυλο.

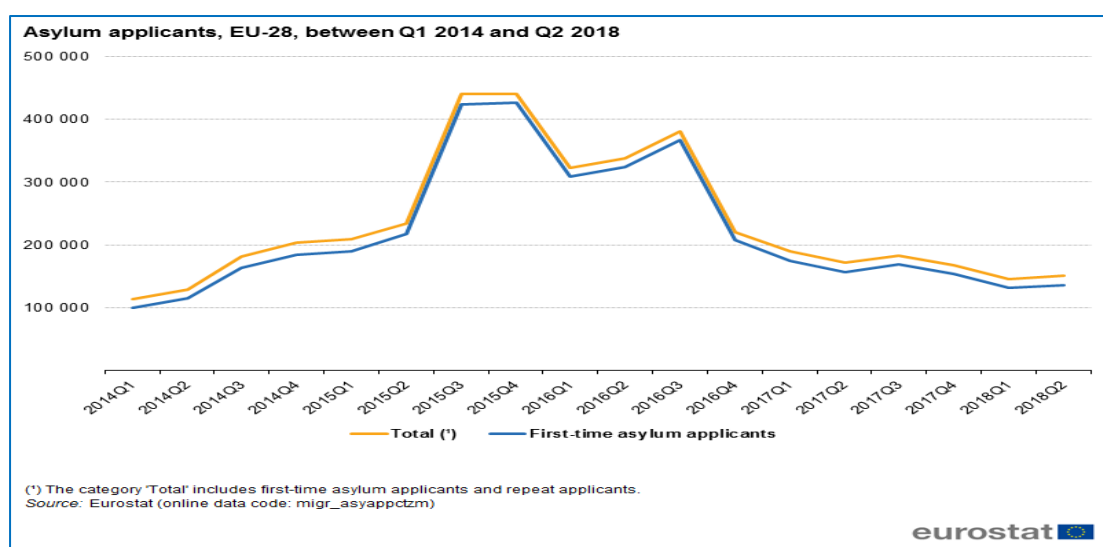
Οι πάροχοι που αντιλαμβάνονται την πολιτισμική προκατάληψη αναζητώντας την πολιτιστική ευαισθητοποίηση και κατανόηση είναι πιθανότερο να αναπτύξουν ικανότητες προκειμένου να παρέχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα σε αυτούς τους ευάλωτους πληθυσμούς.

1.2. Πρόσφυγες στην Ευρώπη

Η μετανάστευση θεωρείται σημαντική πρόκληση για την κοινωνική, πολιτική και δημόσια υγεία στην ευρωπαϊκή περιφέρεια μετά το 1990. Ο αριθμός των διεθνών μεταναστών σε όλο τον κόσμο αυξήθηκε πάνω από 77 εκατομμύρια και η Ευρώπη είχε τους μεγαλύτερους ρυθμούς αύξησης των διεθνών μεταναστών (Cohen 2008). Περίπου μισό εκατομμύριο άνθρωποι ζήτησαν άσυλο στην Ευρώπη το 2013, αύξηση κατά 32% από το 2012, σύμφωνα με την Έγχαρη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες (Bhatia 2007, Alkahtani και συν. 2014, Bischoff και συν. 2003). Δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν ότι ο αριθμός των προσφύγων θα πέσει στο εγγύς μέλλον, και πράγματι, η συνεχιζόμενη "κρίση" στη νότια Μεσόγειο και το Αιγαίο δείχνει ακριβώς το αντίθετο.

Ο αριθμός των αιτούντων άσυλο για πρώτη φορά στην ΕΕ-28 μειώθηκε κατά 12% το δεύτερο τρίμηνο του 2018 σε σύγκριση με το ίδιο τρίμηνο του 2017 και αυξήθηκε κατά 4% σε σύγκριση με το πρώτο τρίμηνο του 2018. Συνολικά, τα άτομα που ζήτησαν άσυλο από τρίτες χώρες στην ΕΕ 28 κατά το δεύτερο τρίμηνο του 2018 ήταν 137.000, αριθμός κοντά στα επίπεδα που σημειώθηκαν το 2014. Από τους 151.000 συνολικά αιτούντες άσυλο (συμπεριλαμβανομένων των αιτούντων άσυλο για ακόμη μια φορά), 137.000 (91%) ήταν αιτούντες για πρώτη φορά (διάγραμμα 1).

Διάγραμμα 1: Αιτούντες άσυλο, ΕΕ-28, 1ο τρίμηνο 2014 - 2ο τρίμηνο του 2018

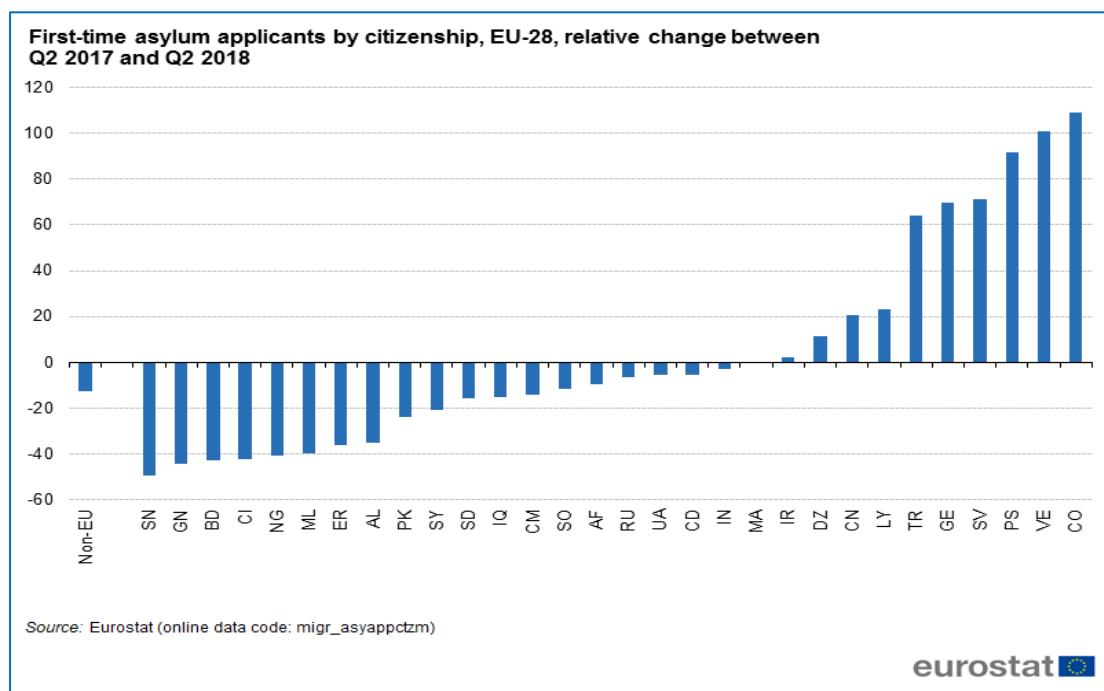


Οι πολίτες 145 χωρών ζήτησαν άσυλο για πρώτη φορά στην ΕΕ κατά το δεύτερο τρίμηνο του 2018. Οι συριακές, αφγανικές και ιρακινές υπηκοότητες ήταν οι 3 πρώτες των αιτούντων άσυλο, υποβάλλοντας 18.300, 9.200 και 8.400 αιτήσεις αντίστοιχα (πίνακας 1). Οι Σύριοι

(4.800 λιγότεροι αιτούντες σε σύγκριση με το δεύτερο τρίμηνο του 2017) συνέβαλαν περισσότερο στη συνολική μείωση των αιτούντων άσυλο για πρώτη φορά σε απόλυτες τιμές, ακολουθούμενη από Νιγηριανούς (4.000 λιγότερους) και Μπανγκλαντές (2.400 λιγότερους). Αντίθετα, ο αριθμός των αιτούντων άσυλο αυξήθηκε περισσότερο σε απόλυτες τιμές για τους πολίτες της Βενεζουέλας (3.800 περισσότεροι), της Τουρκίας (1.700 περισσότεροι) και της Κολομβίας (1.700 περισσότεροι) (πίνακας 1).

Η σημαντικότερη σχετική μείωση του αριθμού των αιτούντων άσυλο στην ΕΕ κατά το δεύτερο τρίμηνο του 2018 σε σύγκριση με το ίδιο τρίμηνο του 2017 σημειώθηκε για τη Σενεγάλη (49% λιγότερα) και τη Γουινέα (44% λιγότερα). Αντίθετα, η Κολομβία και η Βενεζουέλα (περίπου δύο φορές περισσότερο) και η Παλαιστίνη (91% περισσότεροι) ήταν οι χώρες της ιθαγένειας οι οποίες αυξήθηκαν κυρίως σε σχετικούς όρους το δεύτερο τρίμηνο του 2018, σε σύγκριση με το ίδιο τρίμηνο του 2017 (διάγραμμα 2, πίνακας 1).

Διάγραμμα 2: Οι πρώτοι αιτούντες άσυλο ανά ιθαγένεια, ΕΕ-28, σχετική αλλαγή μεταξύ του 2ου τριμήνου του 2017 και του 2ου τριμήνου του 2018



Πίνακας 1: Πρώτοι αιτούντες άσυλο στην ΕΕ-28 ανά ιθαγένεια, 2^ο τρίμηνο 2017 - 2^ο τρίμηνο 2018

First-time asylum applicants in the EU-28 by citizenship, Q2 2017 – Q2 2018

	Q2 2017	Q3 2017	Q4 2017	Q1 2018	Q2 2018	Absolute change		Change in %		Last 12 months
						between Q1 2018 and Q2 2018	between Q2 2017 and Q2 2018	between Q1 2018 and Q2 2018	between Q2 2017 and Q2 2018	
Non-EU	156 015	169 500	154 400	131 365	136 665	5 300	-19 350	4	-12	591 925
Syria - (SY)	23 065	29 285	23 450	15 825	18 315	2 490	-4 750	16	-21	86 875
Afghanistan - (AF)	10 130	10 265	9 780	7 650	9 155	1 505	-980	20	-10	36 845
Iraq - (IQ)	9 840	13 255	12 945	9 210	8 355	-855	-1 485	-9	-15	43 770
Venezuela - (VE)	3 760	2 715	3 625	4 110	7 560	3 450	3 800	84	101	18 010
Nigeria - (NG)	9 930	10 000	7 510	6 430	5 885	-540	-4 045	-8	-41	29 825
Pakistan - (PK)	7 315	7 405	6 955	5 790	5 555	-230	-1 755	-4	-24	25 700
Turkey - (TR)	2 730	4 295	4 630	3 655	4 480	825	1 750	23	64	17 055
Iran - (IR)	4 315	4 175	4 250	4 145	4 420	275	105	7	2	16 990
Albania - (AL)	6 045	5 990	4 590	4 110	3 930	-185	-2 115	-4	-35	18 620
Eritrea - (ER)	5 965	7 505	4 340	3 850	3 805	-45	-2 160	-1	-36	19 495
Georgia - (GE)	2 195	2 230	3 615	4 975	3 725	-1 245	1 530	-25	70	14 545
Colombia - (CO)	1 590	710	1 050	1 280	3 325	2 045	1 730	160	109	6 365
Bangladesh - (BD)	5 540	4 845	4 175	3 735	3 185	-550	-2 355	-15	-42	15 945
Russia - (RU)	3 000	3 465	2 850	2 770	2 800	30	-200	1	-7	11 885
Somalia - (SO)	3 040	3 260	3 015	2 580	2 685	100	-355	4	-12	11 545
Guinea - (GN)	4 645	4 270	3 485	3 050	2 595	-460	-2 050	-15	-44	13 405
Ukraine - (UA)	2 300	2 085	2 205	2 075	2 180	105	-125	5	-5	8 545
Ivory Coast - (CI)	3 625	3 495	2 775	2 255	2 090	-165	-1 535	-7	-42	10 620
Algeria - (DZ)	1 860	2 200	2 665	2 520	2 080	-440	215	-17	12	9 465
Sudan - (SD)	2 225	2 570	2 240	1 650	1 870	220	-355	13	-16	8 330
Morocco - (MA)	1 800	2 100	1 970	1 940	1 790	-150	-10	-8	0	7 800
CD - (CD)	1 740	1 400	1 625	1 740	1 645	-90	-90	-5	-5	6 415
Mali - (ML)	2 500	2 660	2 250	1 760	1 510	-250	-990	-14	-40	8 180
El Salvador - (SV)	880	645	815	945	1 505	560	625	59	71	3 915
Senegal - (SN)	2 810	2 350	1 850	1 680	1 430	-250	-1 380	-15	-49	7 310
Palestine - (PS)	745	1 525	1 030	1 310	1 425	115	680	9	91	5 290
India - (IN)	1 360	1 190	1 080	1 095	1 320	220	-40	20	-3	4 685
China - (CN)	1 035	1 260	1 435	1 135	1 250	110	215	10	21	5 080
Cameroon - (CM)	1 360	1 660	1 445	1 250	1 165	-85	-190	-7	-14	5 525
Libya - (LY)	825	1 165	1 385	1 180	1 015	-160	190	-14	23	4 745
Other (non-EU)	27 845	29 530	29 355	25 655	24 610	-1 045	-3 235	-4	-12	109 150

Countries selected here are those with the highest number of asylum applicants registered during Q2 2018

(¹) CD – Congo, the Democratic Republic of the

Source: Eurostat (online data code: migr_asyappctzm)

Ο μεγαλύτερος αριθμός αιτούντων άσυλο για πρώτη φορά στο δεύτερο τρίμηνο του 2018 καταγράφηκε στη Γερμανία (με 33.700 αιτούντες για πρώτη φορά ή 25% όλων των αιτούντων στα κράτη μέλη της ΕΕ), ακολουθούμενος από τη Γαλλία (26.100 ή 19 %), την Ελλάδα (16.300 ή 12%), την Ισπανία (16.200 ή 12%) και την Ιταλία (13.700 ή 10%). Αυτά τα 5 κράτη μέλη αντιπροσωπεύουν από κοινού το 78% όλων των υποψηφίων για πρώτη φορά στην ΕΕ 28 (πίνακας 2).

Οι τάσεις του αριθμού των αιτούντων άσυλο διαφέρουν από χώρα σε χώρα κατά το δεύτερο τρίμηνο του 2018. Η Ιταλία (με 20.500 λιγότερους αιτούντες) ήταν η χώρα με τη μεγαλύτερη απόλυτη μείωση του αριθμού των πρώτων υποψηφίων, ακολουθούμενη από τη Γερμανία (12.000 λιγότεροι αιτούντες). Αντίθετα, στην Ισπανία ο αριθμός των αιτούντων άσυλο αυξήθηκε κατά 6.600 περισσότερους και στην Ελλάδα κατά 5.800 περισσότερους κατά το δεύτερο τρίμηνο του 2018 σε σύγκριση με το ίδιο τρίμηνο του 2017 (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Οι αιτούντες άσυλο, 2^ο τρίμηνο 2017 - 2^ο τρίμηνο 2018

Asylum applicants, Q2 2017 – Q2 2018																	
	Q2 2017		Q3 2017		Q4 2017		Q1 2018		Q2 2018		Share of first-time asylum applicants (%)	First-time asylum applicants				per million population (*) Q2 2018	last 12 months
	First-time asylum applicants	Total asylum applicants	First-time asylum applicants	Total asylum applicants	First-time asylum applicants	Total asylum applicants	First-time asylum applicants	Total asylum applicants	First-time asylum applicants	Total asylum applicants		absolute change between Q1 2018 and Q2 2018	change in % between Q1 2018 and Q2 2018	between Q1 2018 and Q2 2018	between Q2 2017 and Q2 2018		
EU-28	156 015	171 710	169 500	183 120	154 400	168 230	131 365	145 325	136 685	150 860	91	5 300	-19 350	4	-12	267	591 925
Belgium	3 210	4 245	3 725	4 780	3 660	4 830	4 000	5 280	3 810	4 855	74	-390	405	-10	13	316	15 000
Bulgaria	685	745	885	925	665	690	295	310	260	280	93	-30	-425	-11	-62	37	2 105
Czech Republic	275	355	285	375	280	365	300	385	295	385	77	-5	20	-2	7	28	1 160
Denmark	800	835	915	930	740	760	740	775	690	715	97	-50	-110	-5	-14	120	3 085
Germany	45 720	50 820	50 560	57 115	45 920	52 245	34 365	40 140	33 730	38 840	87	-635	-11 990	-2	-26	407	164 575
Estonia	65	70	35	35	25	25	10	10	15	15	100	5	-55	56	-79	11	80
Ireland	675	680	730	730	905	920	975	980	670	675	99	-305	-5	-31	-1	138	3 280
Greece	10 540	10 975	14 600	15 050	15 280	15 770	12 965	13 345	16 340	16 835	97	3 375	5 800	26	55	1 521	59 180
Spain	9 605	12 680	8 710	8 905	8 000	8 155	8 755	8 965	16 175	16 565	98	7 420	6 570	85	68	347	41 645
France	21 440	23 485	22 305	23 965	25 745	27 700	25 255	27 195	26 080	28 790	91	830	4 645	3	22	388	99 390
Croatia	200	230	280	295	255	280	215	245	140	165	85	-75	-60	-34	-30	34	890
Italy	34 155	34 690	32 505	33 110	22 990	23 615	17 825	18 755	13 670	15 005	91	-4 155	-20 480	-23	-60	226	86 990
Cyprus	730	765	1 350	1 385	1 285	1 320	1 325	1 385	1 430	1 455	98	105	700	8	96	1 656	5 390
Latvia	105	105	55	55	35	35	50	50	30	30	100	-20	-75	-40	-72	16	170
Lithuania	170	175	140	145	110	120	40	50	90	95	95	55	-80	142	-46	33	385
Luxembourg	525	550	535	565	585	605	445	465	425	455	93	-20	-100	-5	-19	703	1 990
Hungary	655	690	720	745	690	665	280	290	145	160	91	-135	-505	-48	-77	15	1 810
Malta	410	455	425	475	395	445	395	410	425	475	89	30	10	7	3	889	1 635
Netherlands	3 775	4 270	4 350	4 930	3 945	4 500	4 205	4 860	4 355	5 030	87	150	580	4	15	254	16 860
Austria	5 540	6 090	6 215	6 720	4 855	5 335	3 420	3 980	2 645	3 105	85	-780	-2 895	-23	-52	300	17 140
Poland	735	1 310	820	1 180	485	690	585	1 045	780	1 065	73	195	45	33	6	20	2 665
Portugal	260	470	235	315	270	315	245	270	215	220	98	-30	-45	-13	-18	21	960
Romania	1 325	1 355	1 845	1 875	900	945	355	415	450	480	94	95	-875	26	-66	23	3 550
Slovenia	400	410	415	420	405	455	510	525	895	905	99	385	495	76	124	434	2 255
Slovakia	25	30	20	25	45	50	45	50	45	55	82	0	20	2	77	8	155
Finland	1 245	1 385	1 140	1 365	925	1 135	765	1 000	710	900	79	-50	-535	-7	-43	129	3 535
Sweden	4 725	5 730	7 255	8 135	5 815	6 780	4 425	5 485	4 000	4 870	82	-425	-725	-10	-15	395	21 495
United Kingdom	8 020	8 115	8 455	8 570	9 175	9 285	8 575	8 675	8 345	8 435	99	-230	325	-3	4	126	34 550
Iceland	265	270	380	385	200	210	130	135	160	180	89	30	-105	24	-39	465	875
Liechtenstein	35	35	20	20	30	30	50	60	45	55	82	-5	15	-8	42	1 233	145
Norway	1 085	1 130	650	685	445	490	435	690	645	840	77	210	-440	48	-41	122	2 180
Switzerland	4 105	4 380	4 400	4 770	3 760	4 150	3 815	4 020	3 310	3 740	89	-305	-790	-8	-19	390	15 085

Note: Total asylum applicants include first-time asylum applicants and repeat applicants.

(*) Relative to population as of 1st of January 2018

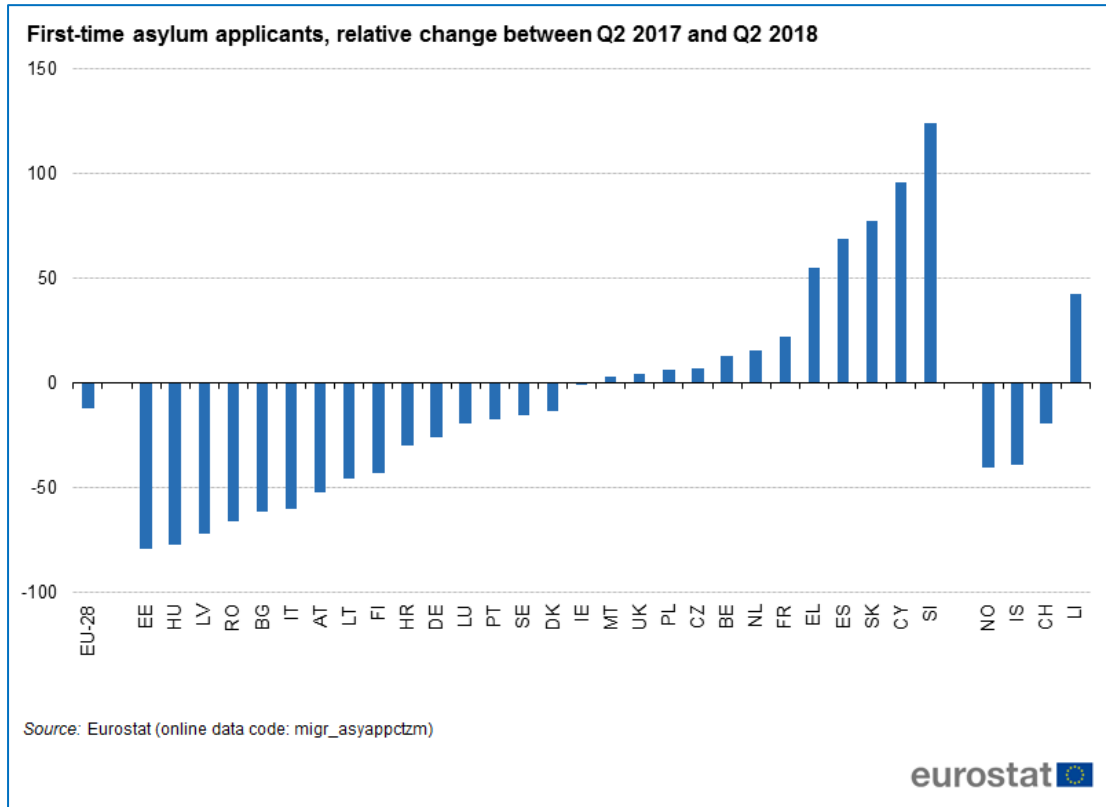
Source: Eurostat (online data code: migr_asypdzdm)

euromat

Σε σχετικούς όρους, η Εσθονία, η Ουγγαρία και η Λετονία κατέγραψαν τη μεγαλύτερη σχετική μείωση των αιτούντων άσυλο για πρώτη φορά (περισσότερο από 70% λιγότερο). Μεταξύ των χωρών με περισσότερους από 10.000 αιτούντες κατά το δεύτερο τρίμηνο του 2018, η Ιταλία και η Γερμανία σημείωσαν σχετικές μειώσεις (κατά 60% και 26% λιγότερο αντίστοιχα) κατά το δεύτερο τρίμηνο του 2018 σε σύγκριση με το ίδιο τρίμηνο του 2017. Αντίθετα, η Σλοβενία κατέγραψε τη μεγαλύτερη σχετική αύξηση των αιτούντων άσυλο για

πρώτη φορά (124% περισσότερο) κατά το δεύτερο τρίμηνο του 2018 σε σύγκριση με το ίδιο τρίμηνο του 2017 (διάγραμμα 3).

Διάγραμμα 3: Οι πρώτοι αιτούντες άσυλο, σχετική αλλαγή μεταξύ του 2ου τριμήνου του 2017 και του 2ου τριμήνου του 2018



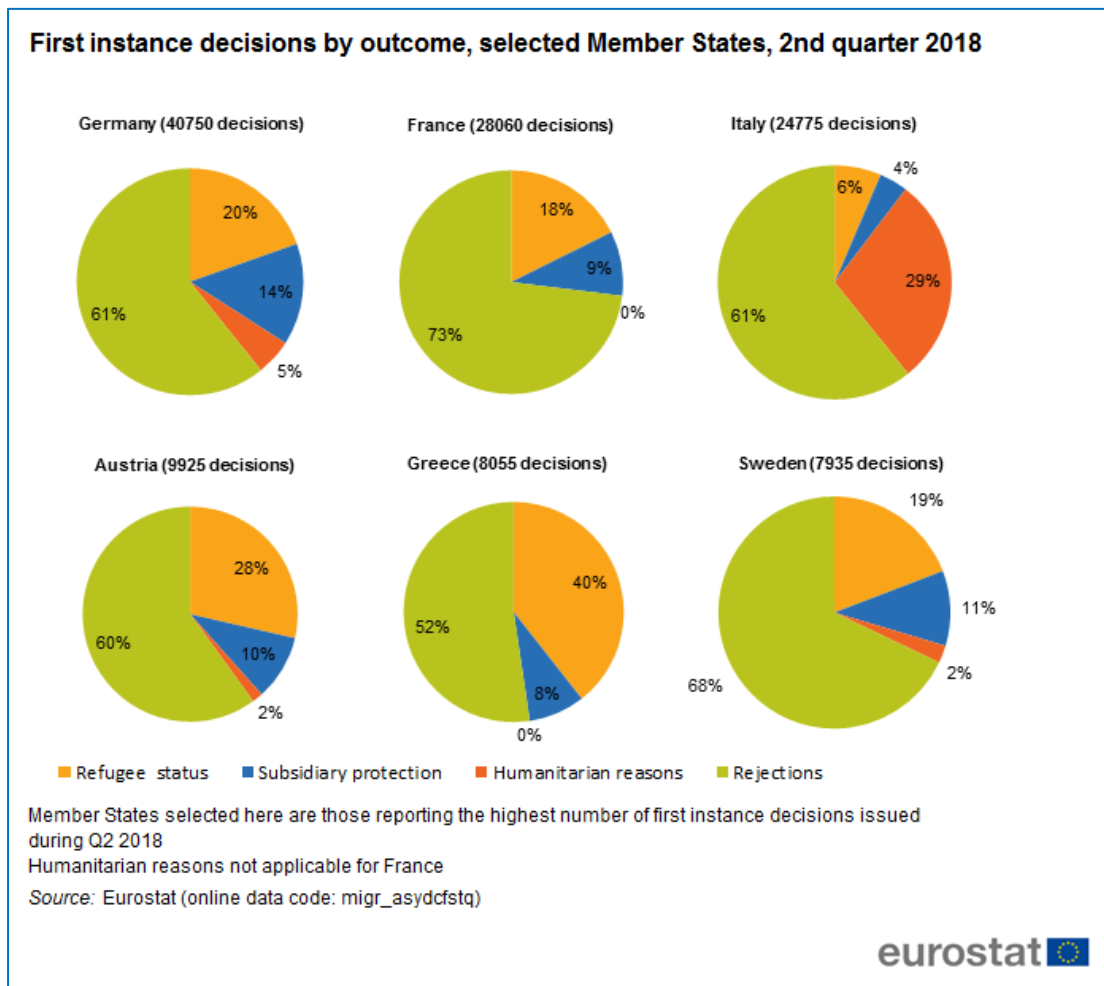
Οι Σύριοι ήταν οι κύριοι πολίτες των αιτούντων άσυλο σε 11 κράτη μέλη της ΕΕ. Από τους 18.300 Σύριους που ζήτησαν για πρώτη φορά αίτηση ασύλου στην ΕΕ κατά το δεύτερο τρίμηνο του 2018, το 44% καταγράφηκε στη Γερμανία (8.100) και το 27% στην Ελλάδα (4.900). Το 31% των Αφγανών (2.800) ζήτησε άσυλο στη Γαλλία και το 35% των Ιρακινών (2.900) στη Γερμανία. Σε σύγκριση με τον πληθυσμό κάθε κράτους μέλους, ο υψηλότερος αριθμός αιτούντων άσυλο για πρώτη φορά καταγράφηκε κατά το δεύτερο τρίμηνο του 2018 στην Κύπρο (1.656 αιτούντες πρώτη φορά ανά 1 εκατομμύριο κατοίκων) και στην Ελλάδα (1.521), ακολουθούμενος από τη Μάλτα 889) και το Λουξεμβούργο (703). Αντίθετα, τα χαμηλότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν στη Σλοβακία (8 αιτούντες ανά 1 εκατομμύριο κατοίκων, Εσθονία (11), Ουγγαρία (15) και Λετονία (16). Το δεύτερο τρίμηνο του 2018, υπήρχαν συνολικά 267 αιτούντες άσυλο για πρώτη φορά ανά 1 εκατομμύριο κατοίκων στην ΕΕ.

Κατά το δεύτερο τρίμηνο του 2018, εκδόθηκαν 142.700 αποφάσεις για πρώτη φορά από τις εθνικές αρχές των κρατών μελών της ΕΕ. Μεταξύ αυτών, το 37% ήταν θετικό (δηλ.

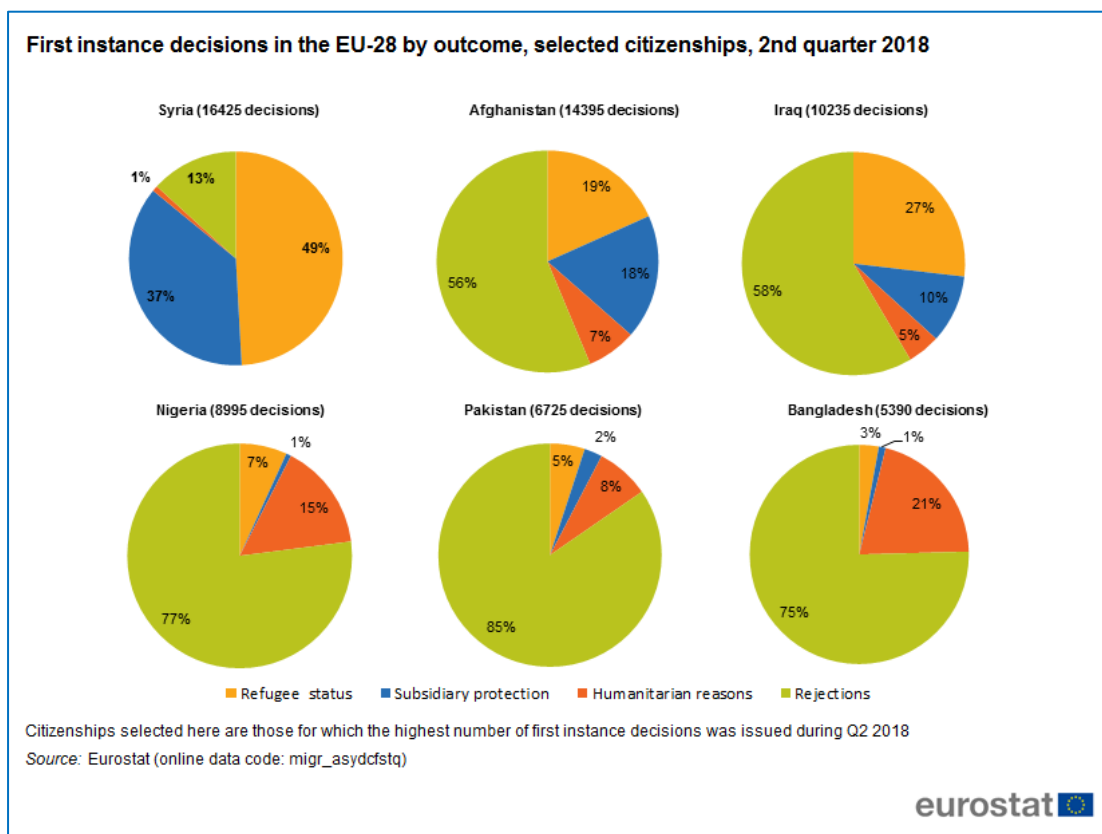
χορηγούσε ένα είδος καθεστώτος προστασίας). Οι περισσότερες αποφάσεις στην ΕΕ 28 εκδόθηκαν σε Σύριους (16.400), ακολουθούμενες από Αφγανούς (14.400) και Ιρακινούς (10.200).

Οι Σύριοι έλαβαν τον μεγαλύτερο αριθμό αποφάσεων για προστασία από τα κράτη μέλη της ΕΕ, συμπεριλαμβανομένης της προστασίας που βασίζεται στις εθνικές νομοθεσίες (14.300 θετικές αποφάσεις ή 87% ποσοστό αναγνώρισης), ακολουθούμενες από τους Αφγανούς (6.300 ή 44%). Αντιθέτως, από τις 3.360 αποφάσεις που εκδόθηκαν στους πολίτες της Γεωργίας μόνο 135 ήταν θετικές (ή 4% ποσοστό αναγνώρισης), ενώ από τις 1.500 που εκδόθηκαν σε Σέρβους μόνο 105 ήταν θετικές (ή 7% ποσοστό αναγνώρισης).

Διάγραμμα 4: Πρώτες αποφάσεις, επιλεγμένα κράτη μέλη, 2ο τρίμηνο του 2018



Διάγραμμα 5: Πρώτες αποφάσεις στην ΕΕ-28, επιλεγμένες ιθαγένειες, 2ο τρίμηνο του 2018



Σύμφωνα με το πλαίσιο ψηφίσματος 61.17 της Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας το 2008, η προσοχή των κρατών μελών πρέπει να επικεντρωθεί στη διασφάλιση δίκαιης μεταχείρισης στην πρόσβαση, την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη ασθενειών και τη φροντίδα των μεταναστών (Burnett και Peel 2001).

Οι πρόσφυγες έχουν επίσημη προστασία, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, από τις χώρες που ζητούν άσυλο. Στην πράξη, ωστόσο, τέτοια δικαιώματα μπορεί να είναι συνήθως απορρίφθηκαν ιδιαίτερα στο στάδιο του προσδιορισμού του ασύλου. Οι κυβερνήσεις τείνουν να διακρίνουν μεταξύ των αιτούντων άσυλο των οποίων οι αιτήσεις για καταφύγιο βρίσκονται υπό εξέταση και των προσφύγων των οποίων οι αξιώσεις έχουν γίνει αποδεκτές. Οι αιτούντες άσυλο και οι πρόσφυγες συχνά έχουν διαφορετική πρόσβαση στην πρόνοια, ιδίως στις υπηρεσίες υγείας. Οι καθυστερήσεις στην παραλαβή της φροντίδας μπορεί να αντανάκλουν τους περιορισμούς της τοπικής εφαρμογής παρά τις εθνικές πολιτικές παροχής (Cheng 2015).

Τα δικαιώματα για την αναζήτηση ασύλου διαφέρουν σε ολόκληρη την ευρωπαϊκή περιφέρεια, ενώ ορισμένες χώρες αρνούνται να αναγνωρίσουν τις αιτήσεις ασύλου από συγκεκριμένες εθνικές ομάδες. Επιπλέον, η πολιτική βούληση για την υποστήριξη των προσφύγων, συμπεριλαμβανομένης της παροχής υγειονομικής περίθαλψης, ποικίλλει σε ολόκληρη την ευρωπαϊκή περιφέρεια, με ορισμένες κυβερνήσεις να έχουν απεμπλακεί.

1.3. Πρόσφυγες στην Ελλάδα

Η κρίση των προσφύγων οδήγησε σε ταξίδια απελπισίας σε όλη την Ευρώπη και σε όλο τον κόσμο. Μέχρι το τέλος του 2016, ο αριθμός των ατόμων που είχαν εκτοπισθεί με βίαιο τρόπο έφτασε τα 65,6 εκατομμύρια παγκοσμίως (United Nations High Commissioner for Refugees 2018). Οι εκτιμήσεις έφθασαν πράγματι στο υψηλότερο επίπεδο από το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου (United Nations High Commissioner for Refugees 2018).

Ο πληθυσμός αυτός περιλαμβάνει πρόσφυγες (22,5 εκατομμύρια), εκτοπισθέντες στο εσωτερικό τους (40 εκατ.) και αιτούντες άσυλο (3,1 εκατ. ευρώ) (United Nations High Commissioner for Refugees 2018). Με βάση τον σημερινό παγκόσμιο πληθυσμό 7.4 δισεκατομμύρια, αυτό σημαίνει ότι 1 στους 113 ανθρώπους είναι είτε πρόσφυγας, είτε εσωτερικά εκτοπισμένο πρόσωπο ή αιτών άσυλο (United Nations High Commissioner for Refugees 2018). Το πιο σημαντικό, 10 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο είναι χωρίς πατρίδα και δεν έχουν πρόσβαση στα θεμελιώδη δικαιώματα, όπως η εκπαίδευση, η υγειονομική περίθαλψη και η απασχόληση.

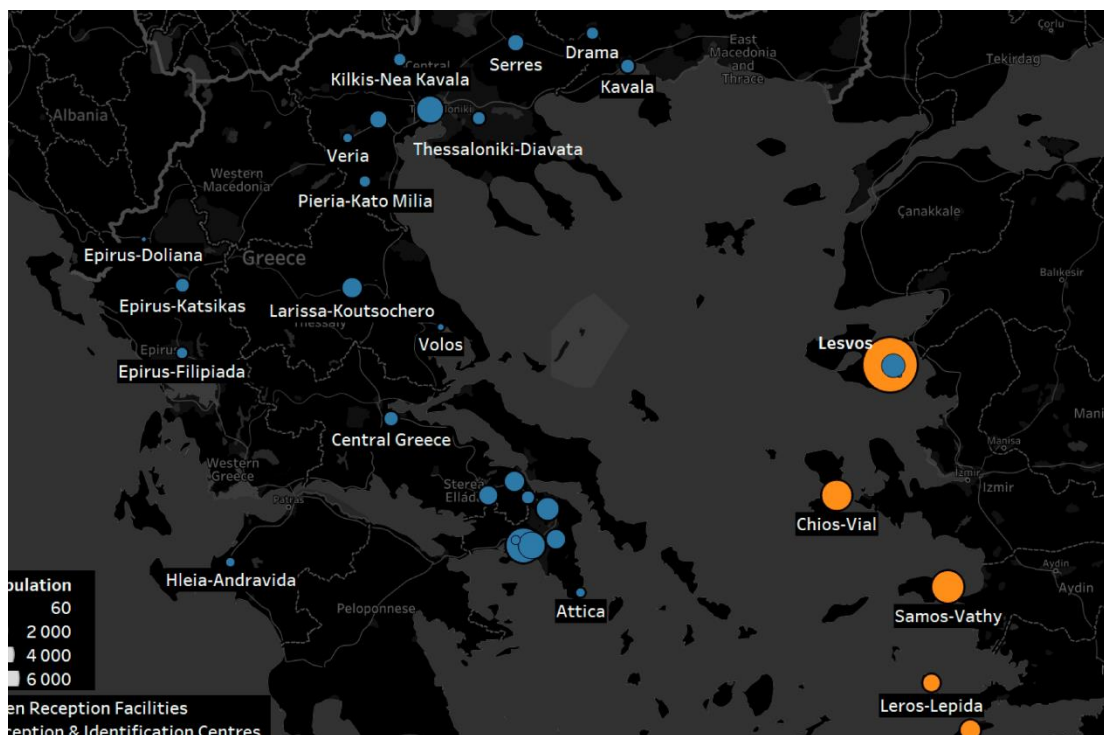
Κατά τη διετία των ετών 2015 και 2016, 2.68 εκατομμύρια πρόσφυγες έφθασαν στην Ευρώπη (United Nations High Commissioner for Refugees 2018).

Η συντριπτική τους πλειονότητα εισήλθε στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) μέσω συνδυασμού διαδρομής γης και θάλασσας. Επιπλέον, 1.014.973 και 231.075 άτομα το 2015 και το 1ο εξάμηνο του 2016 αντίστοιχα, οι οποίοι αναζητούσαν μια καλύτερη και ασφαλέστερη ζωή στην Ευρώπη, διακινδύνευαν τη ζωή τους προσπαθώντας να περάσουν τη Μεσόγειο. Η πλειονότητα αυτών εισήλθε στην Ελλάδα (1.015.100), ενώ το υπόλοιπο έφτασε στην Ιταλία (224.064) και την Ισπανία (6884) μόνο από τη θάλασσα. Το έτος 2016 ήταν το πιο θανατηφόρο για τις θαλάσσιες διαβάσεις, με 5096 θανάτους. Το πρώτο εξάμηνο του 2017, περισσότεροι από 105.000 άνθρωποι έφθασαν στην Ευρώπη, ενώ περισσότεροι από 2700 άνθρωποι τεκμηριώθηκε ότι έχασαν τη ζωή τους ενώ διασχίζουν τη Μεσόγειο, με ανεπιβεβαίωτες αναφορές πολλών άλλων που πεθαίνουν καθ' οδόν.

Η τρέχουσα κρίση των προσφύγων έχει προκαλεί σε πολλές χώρες να αντιμετωπίσουν μεγάλο αριθμό σημαντικών πολιτικών, οικονομικών, κοινωνικών και υγειονομικών διαστάσεων αυτής της ανθρωπιστικής κρίσης (Operational Portal Refugee Situations 2018, Hodes και συν. 2018, Blitz και συν. 2016).

Από το 2015 έως το 2016, η Ελλάδα γνώρισε μια άνευ προηγουμένου εισροή προσφύγων και μεταναστών που φεύγουν από τις χώρες καταγωγής τους στη Μέση Ανατολή λόγω του πολέμου (United Nations High Commissioner for Refugees 2018). Από τις αρχές του 2014, συνολικά 1.112.332 πρόσφυγες εισήλθαν δια θαλάσσης στην Ελλάδα. Σχεδόν 857.000 άνθρωποι έφθασαν στην Ελλάδα το 2015, 750% αύξηση από το 2014 (41.038 αφίξεις). Περίπου 16.000 αφίξεις θαλάσσης καταγράφηκαν στο 1^ο εξάμηνο του 2018. Οι πρόσφυγες κυρίως προσγειώθηκαν στα ελληνικά νησιά, τα οποία συνιστούν σύνορα με γρήγορο και εύκολη πρόσβαση στην Ευρώπη (Εικόνα 1).

Εικόνα 1: Τα κυριότερα κέντρα υποδοχής στην Ελλάδα.



Από το 2014 έως το 2017, η Ύπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για τους πρόσφυγες (UNHCR) δυστυχώς κατέγραψε τουλάχιστον 1700 ανθρώπους νεκρούς ή αγνοούμενους διασχίζοντας από την Τουρκία στην Ελλάδα κατά μήκος της Ανατολικής Μεσογείου (United Nations High Commissioner for Refugees 2018).

Η Ελλάδα φιλοξενεί επί του παρόντος περίπου 57.000 πρόσφυγες, το 60% των οποίων εκτιμάται ότι θα ζήσει στην ηπειρωτική χώρα και το υπόλοιπο σε κέντρα υποδοχής στα

νησιά της Λέσβου, της Χίου, της Κω, του Σάμου και της Λέρου ή διασκορπισμένα στην Ελλάδα. Περισσότεροι από 3000 ταξιδεύουν μόνοι τους.

Ωστόσο, η Ελλάδα βρίσκεται στη μέση μιας σοβαρής οικονομικής κρίσης και αγωνίζεται να πληρώσει το μεταναστευτικό κίνημα. Σημαντικό μέρος της χώρας επηρεάστηκε ήδη βαθιά από την οικονομική ύφεση (Kotsiou 2018). Δεν υπάρχουν ουσιαστικά ευκαιρίες απασχόλησης που να υπόσχονται οικονομική σταθερότητα, η οποία θα μπορούσε στη συνέχεια να διευκολύνει την ένταξη στη νέα χώρα (Marmot 2006, Bloch 2002). Οι Pajic και συν. (2018) πρόσφατα υπογράμμισαν τη δυνητικά δυσμενή επίδραση των κοινωνικών εμποδίων στην αναζήτηση εργασίας. Οι κακές συνθήκες διαβίωσης στην Ελλάδα οδήγησαν την πλειονότητα των προσφύγων να ταξιδέψουν βαθύτερα στην Ευρώπη. Οι κύριες χώρες προορισμού είναι η Γερμανία, η Αυστρία και η Σουηδία. Ωστόσο, τα εμπόδια που πρόσφατα δημιουργήθηκαν από πολλές χώρες, ιδίως από την πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας, κάνουν τη μετανάστευση πολύ πιο δύσκολη από ότι τα προηγούμενα χρόνια.

Στην πραγματικότητα, έχει τεκμηριωθεί ότι σχεδόν 60.000 αιτούντες άσυλο είναι σήμερα «κολλημένοι» στην Ελλάδα λόγω κλειστών ευρωπαϊκών συνόρων. Εκτιμάται ότι οι πρόσφυγες αποτελούν σήμερα το 10% περίπου των Ελλήνων (Amnesty International, Trapped in Greece 2018).

Πράγματι, η πίεση των μεταναστευτικών κυμάτων έγινε τόσο μεγάλη που περιγράφηκε ότι η κατάσταση στην Ελλάδα μοιάζει με ανθρωπιστική κρίση (United Nations High Commissioner for Refugees 2018). Η άνευ προηγουμένου αύξηση του αριθμού των αιτούντων άσυλο και οι μετανάστες που εισήλθαν στη χώρα είχαν σοβαρές οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες καθώς και προβλήματα υγείας (Christodoulou 2016, Moris 2017, De Paoli 2018) και δημιούργησαν σημαντικές προκλήσεις για στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας (De Paoli 2017). Οι κίνδυνοι για τη δημόσια υγεία προκύπτουν τόσο από τις συνθήκες υγείας όσο και από τα προβλήματα υγείας που είχαν στην χώρα τους, καθώς και την ανάγκη αντιμετώπισης της τρέχουσας οικονομικής κρίσης και του γεγονότος ότι στην Ελλάδα υφίστανται προϋπάρχουσα εμπειρία στην υποδοχή και την ένταξη των προσφύγων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΚΑΙ ΡΟΜΑ

2.1. Προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ενήλικες πρόσφυγες

Ψυχική υγεία και ελλείψεις στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη

Η ψυχική δυσφορία έχει υψηλότερο επιπολασμό στους πρόσφυγες σε σύγκριση με τους μη πρόσφυγες (Taylor και συν. 2019), με υψηλότερο κινδύνου για τους αιτούντες άσυλο παρά για τους πρόσφυγες (Pieper και συν. 2009). Παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την κακή ψυχική υγεία είναι το φύλο, η μεγαλύτερη ηλικία, το βίωμα ενός τραύματος, η ανυπαρξία κοινωνικής υποστήριξης (Joshi και συν. 2013).

Οι πρόσφυγες που έφθασαν σε χώρες υποδοχής διαπιστώθηκε ότι έχουν βιώσει ανεπιθύμητες ενέργειες που συνδέονται με την αναγκαστική μετανάστευση, ζουν σε εκτοπισμό κάτω από κακές συνθήκες, νομική ανασφάλεια, κράτηση και απέλαση, οικονομική απομόνωση, κοινωνική απομόνωση, ρατσισμός, εμπόδια επικοινωνίας και δυσκολίες στην απασχόληση, ακόμα και μετά τη νόμιμη άδεια να παραμείνουν στη χώρα υποδοχής (Priebe και συν. 2018, Ben Farhat 2018).

Αυτοί οι παράγοντες τους θέτουν σε κίνδυνο διανοητικής ασθένειας, όπως η μετατραυματική διαταραχή άγχους και κατάθλιψη, οι οποίες μπορεί να είναι επίμονες (Fazel 2012, Reed 2012, Jacobs 2017, Pavli 2017, Anagnostopoulos 2017). Αναφέρθηκε πρόσφατα ότι η συντριπτική πλειοψηφία των Συριακών προσφύγων (έως και 92% των 728 ατόμων) είχε διαταραχή άγχους που αξίζει την παραπομπή για αξιολόγηση της ψυχικής υγείας (Ben Farhat και συν. 2018). Σύμφωνα με τον Poole και συν. (2018) Μια μεγάλη καταθλιπτική διαταραχή εκφράζεται σε υπερβολική έκταση σε Σύριες γυναίκες στην Ελλάδα και συνδέεται με την εκτεταμένη διαδικασία χορήγησης ασύλου (Poole και συν. 2018). Ακόμη, οι πρόσφυγες βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο ψυχοπαθολογίας, ψύχωσης, σχιζοφρένειας και αυτοκτονικών τάσεων (Hodes και συν. 2018).

Επιπλέον, υπάρχει κατάχρηση ναρκωτικών και αλκοολισμού μεταξύ των προσφύγων η οποία μπορεί στη συνέχεια να προκαλέσει επιθετική συμπεριφορά και έκθεση στη βία (Anagnostopoulos και συν. 2017). Οι Ben Farhat και συν. ανέφερε ότι μεταξύ του 31% και το 78% των προσφύγων ανέφερε ότι είχε υποστεί τουλάχιστον ένα περιστατικό σεξουαλικής ή σωματικής βίας στη Συρία, το 25-58% κατά τη διάρκεια της διαδρομής στην Ελλάδα και το 5-8% στα ελληνικά κέντρα φιλοξενίας (Ben Farhat και συν. 2018). Περισσότερο από ¾ των ερωτηθέντων ηλικίας άνω των 15 ετών διαγνώστηκαν με διαταραχή άγχους στην οποία απαιτήθηκε παραπομπή για αξιολόγηση της ψυχικής υγείας. Ωστόσο, μόνο τα 2/3 των συμμετεχόντων δέχτηκαν να παραπεμφθούν (Ben Farhat και συν. 2018).

Η σημασία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας υποτιμάται σε ολόκληρη την ΕΕ (Pavli και συν. 2017). Όπως και στην Ελλάδα, η ψυχική υγεία των προσφύγων δεν λαμβάνει ιδιαίτερη

προσοχή (Christodoulou και συν. 2016). Οι λόγοι για αυτό περιλαμβάνουν τα μειωμένα οικονομικά και την αδυναμία καθορισμού προτεραιοτήτων. Ο έλεγχος της ψυχοπαθολογίας είναι αναμφίβολα ένα παραμελημένο ζήτημα. Οι περισσότεροι πρόσφυγες ισχυρίζονται ότι είχαν μικρή ή καθόλου πρόσβαση σε πληροφορίες και βοήθεια σε σχέση με τις διαδικασίες ασύλου και την υποστήριξη της ψυχικής υγείας. Η αβεβαιότητα του κοινωνικοοικονομικού και ιατρικού τους καθεστώτος επιδεινώνει το άγχος. Κατά συνέπεια, πολλοί πρόσφυγες δεν θέλουν να παραμείνουν στην Ελλάδα και επιθυμούν να συνεχίσουν να μεταναστεύσουν στη Δυτική Ευρώπη.

Κατάσταση σωματικής υγείας και ανοσοποίησης

Πολλοί μετανάστες αντιμετωπίζουν επαχθείς συνθήκες κατά τη διάρκεια της μετανάστευσης τους, όπως η έλλειψη επαρκών προμηθειών και επαρκούς καταφυγίου και η υγιεινή, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο απόκτησης μολυσματικών ασθενειών (Moris και συν. 2017, De Paoli και συν. 2018). Παρουσιάζουν αφυδάτωση και σωματικές βλάβες, διατροφικές διαταραχές, διάρροια και φυματίωση, καθώς και ψώρα, μία από τις πλέον διαδεδομένες μεταδοτικές ασθένειες. Υπήρχαν πολλές αναφορές για πρόσφυγες από τις ανατολικές χώρες που παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά μόλυνσης με τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV) (Kousoulis και συν. 2016). Ένα φιλανθρωπικό ίδρυμα που αποτελεί ιατρικό κέντρο στη Μόρια της Λέσβου-αποκάλυψε ότι τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα των προσφύγων κατά την άφιξή τους στο κέντρο υποδοχής είναι πυρετός, ρίγη, πονόλαιμος, διάρροια, και θωρακικό ή κοιλιακό άλγος. Επιπλέον, ένας μεγάλος αριθμός προσφύγων πάσχει από λοιμώξεις, άσθμα, βρογχολίτιδα ή τραυματισμούς.

Ο έλεγχος της υγείας σε πρόσφυγες που έφτασαν στα ελληνικά σύνορα από την Τουρκία έδειξε ότι τα αναπνευστικά και οι μολύνσεις ήταν από τα πιο κοινά ιατρικά προβλήματα (Hermans και συν. 2017).

Επιπλέον, θέματα σχετικά με την εγκυμοσύνη συχνά αναφέρονται. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι νεαρές μητέρες έχουν πολύ άγχος για να θηλάσουν τα νεογέννητα. Οι νοσηλευτές εθελοντές, όπως οι εθελοντές του μη κυβερνητικού οργανισμού "Save the Children" (ΜΚΟ), βοηθούν αυτές τις μητέρες (Kousoulis και συν. 2016). Όσον αφορά τη χρόνια ασθένεια, η πιο συχνή κατάσταση είναι η υπέρταση, ακολουθούμενη από αρθρίτιδα, διαβήτη, χρόνιες αναπνευστικές νόσους και καρδιαγγειακή νόσο (Moris και συν. 2017).

Είναι επίσης γνωστό ότι η κάλυψη της ανοσοποίησης είναι χαμηλότερη στους μετανάστες από ό, τι στους φυσικούς πληθυσμούς. Αποδείχθηκε ότι οι ασθένειες που μπορούν να

αποφευχθούν με εμβολιασμό έχουν παρακουράσει εκρήξεις στα κέντρα υποδοχής και φιλοξενίας (Williams και συν. 2016).

Η διανομή κοιτώνων, η έλλειψη τουαλέτας, οι κακές συνθήκες υγιεινής, ο υποσιτισμός, και η περιορισμένη πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη αναφέρθηκαν ως παράγοντες που συμβάλλουν στην δημιουργία κάποιας ασθένειας (Hermans και συν. 2017). Τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι είναι αναμφισβήτητα ιδιαίτερα ευάλωτοι. Επιπλέον, η υπερπλήρωση σε κέντρα κράτησης / υποδοχής ή στρατόπεδα προσφύγων μπορεί να συμβάλει στην ταχεία εξάπλωση μεταδοτικών ασθενειών, όπως η γρίπη, η ανεμοβλογιά, η φυματίωση, η ιλαρά και ο μηνιγγιτιδόκοκκος. Προβλέπεται ότι τα ποσοστά επιπλοκών για τη γρίπη θα είναι διπλάσια από αυτά του γενικού πληθυσμού. Ωστόσο, ο κίνδυνος αυτός στους πληθυσμούς των προσφύγων δεν συνεπάγεται κίνδυνος μετάδοσης (European Centre for Disease Prevention and Control 2018).

Ο Οργανισμός Υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) / UNHCR / Ταμείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Παιδιά (UNICEF) με κοινή δήλωση συνέστησε ότι οι πρόσφυγες θα πρέπει να ανοσοποιηθούν αμέσως σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα ανοσοποίησης της χώρας στην οποία προτίθενται να παραμείνουν. Την ίδια χρονιά, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων υπογράμμισε ότι η αξιολόγηση της κατάστασης του εμβολιασμού πρέπει να θεωρείται θεμελιώδες μέρος της γενικής αξιολόγησης της υγείας που προσφέρεται στους αιτούντες άσυλο κατά την άφιξή τους (Giambi και συν. 2018). Μέχρι πρόσφατα, δεν υπήρχαν προγράμματα ελέγχου προσέλκυσης αιτούντων άσυλο στην Ελλάδα. Ο ιατρικός έλεγχος προσφέρθηκε μόνο σε αιτούντες άσυλο που ζήτησαν άδεια εργασίας. Δεν υπήρξε απόφαση του Υπουργείου Υγείας να εφαρμόζει μαζική εξέταση. Το καλοκαίρι του 2016, μια εκστρατεία μαζικού εμβολιασμού οργανώθηκε από τους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας. Οι υπηρεσίες εμβολιασμού παρέχονται στα κέντρα φιλοξενίας και / ή τις κοινοτικές υπηρεσίες υγείας. Η Ελλάδα δεν παρέχει εμβολιασμούς στις θέσεις υποδοχής (Meinel και συν. 2016).

2.2. Προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν τα παιδιά και οι έφηβοι των προσφύγων

Ψυχική υγεία και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις παιδιών και εφήβων προσφύγων

Από το 2013 έως το 2017, 24.541 παιδιά και 9136 έφηβοι πρόσφυγες ζήτησαν άσυλο στην Ελλάδα, η πλειοψηφία των οποίων ήταν αγόρια (50% και 66%, αντίστοιχα) ηλικίας μεταξύ

14 και 17 ετών (Giannakorouλος και συν. 2016). Είναι γνωστό ότι έφτασαν περισσότερα παιδιά από χώρες της Μέσης Ανατολής, όπως η Συρία, το Ιράκ και το Ιράν το 2014-2015 από ό,τι το 2011-2013. Από την μια πλευρά, ο απόλυτος αριθμός παιδιών προσφύγων από το Αφγανιστάν και το Πακιστάν μειώθηκαν σημαντικά κατά την περίοδο αυτή. Από την άλλη πλευρά, ο πραγματικός αριθμός παιδιών προσφύγων που φθάνουν στην Ελλάδα εκτιμάται ότι είναι λάθος, καθώς είναι πολύ δύσκολο να επαληθευτεί η πραγματική ηλικία αυτών των ανηλίκων, οι οποίοι συχνά δεν είναι συνοδευόμενοι από τους γονείς τους. Οι νεαροί πρόσφυγες στην Ελλάδα μπορούν να δώσουν τις ηλικίες τους λανθασμένα, ανάλογα τα πιθανά νομικά οφέλη.

Τον Σεπτέμβριο του 2017 υπήρχαν σχεδόν 2850 ασυνόδευτα παιδιά στην Ελλάδα. Μεταξύ αυτών, 1096 παιδιά φιλοξενούνται σε 50 κέντρα και 240 σε οκτώ πανεπιστημιούπολεις σε εθνικό επίπεδο. Σήμερα, περισσότερα από τα μισά παιδιά των προσφύγων βρίσκονται σε λίστα αναμονής για διαμονή. Πολλά παραμένουν σε κλειστές εγκαταστάσεις υποδοχής ή σε αστυνομικά κέντρα, ή μπορεί να στεγαστούν μαζί με ενήλικες σε διάφορους χώρους (United Nations High Commissioner for Refugees 2017).

Τα παιδιά αντιμετωπίζουν οικογενειακό χωρισμό, κράτηση, περιορισμένη πρόσβαση την εκπαίδευση και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, και προβλήματα ασφάλειας. Επιπλέον, αν και η εκμετάλλευση των παιδιών είναι παράνομη στην Ελλάδα, αναγνωρίζεται ότι εκτίθενται σε ευρύ φάσμα κινδύνων, όπως η σεξουαλική βία και η σωματική και ψυχολογική βία. Στην πρωτεύουσα της Ελλάδας, η σεξουαλική εκμετάλλευση παρατηρείται όλο και περισσότερο σε πολλούς δημόσιους χώρους, όπως πάρκα, πλατείες και μπαρ. Σε αυτά τα μέρη, ιδιαίτερα τα έφηβα αγόρια δέχονται σεξουαλική κακοποίηση από ηλικιωμένους άνδρες έναντι χρημάτων. Η έκθεση των παιδιών στη βία είναι ένα κρίσιμο ζήτημα δημόσιας υγείας και αναφέρεται ότι βασίζεται στο φύλο (Pejovic-Milovancevic και συν. 2018).

Συνολικά, αυτές οι μορφές βίας συνδέονται με μια σειρά αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία μεταξύ ανδρών και γυναικών, όπως κατάθλιψη, χρήση ναρκωτικών, αυτοκτονιών, HIV και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Μελέτες διαπίστωσαν ότι τα παιδιά των προσφύγων βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο διαταραχής της ψυχικής υγείας. Οι Hodes και συν. (2018) υποστήριξαν ότι το ποσοστό των μεταναστών με ψυχιατρική διάγνωση ήταν υψηλότερο από ό,τι στους συνοδευόμενους / ασυνόδευτους πρόσφυγες και σε ομάδες ελληνικών παιδιών. Οι οικονομικοί μετανάστες αναφέρθηκαν ότι έχουν χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, κακή δουλειά, κακές

συνθήκες διαβίωσης. Αυτοί οι παράγοντες προδιαθέτουν τα παιδιά και τους ενήλικες σε ψυχικές διαταραχές. Ωστόσο, όπως ανέφερε προηγουμένως ο Cortes, (2004) οι πρόσφυγες στερούνται την δυνατότητα μετανάστευσης στην πατρίδα τους μετά από παρατεταμένες περιόδους διαβίωσης στη χώρα υποδοχής, και ως εκ τούτου, μπορεί να είναι πιο διατεθειμένη να επενδύσουν σε ανθρώπινο κεφάλαιο.

Επίσης, οι πρόσφυγες αναφέρουν προβλήματα σχετικά με τη γενική κατάσταση της υγείας τους, όπως η δυσκολία τους στην πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Είναι αξιοσημείωτο ότι πολλοί γονείς δεν στέλνουν τα παιδιά τους στο σχολείο, δεδομένου ότι σκέφτονται ότι αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε μόνιμη διαμονή στην Ελλάδα. Το 2017, το Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων και η ελληνική αποστολή του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης υλοποίησε μια σειρά εκπαιδευτικών πολιτικών παρέχοντας στα παιδιά τον απαραίτητο εξοπλισμό για το σχολείο (Hodes και συν. 2018).

Κατάσταση σωματικής υγείας και ανοσοποίησης των παιδιών και των εφήβων προσφύγων

Επιπλέον, σχεδόν το 1/3 του παιδικού πληθυσμού παρουσίασε κλινικές εργαστηριακές ανωμαλίες που απαιτούσαν παρέμβαση, οι οποίες επίσης διέφεραν ανάλογα με την ηλικία και την προέλευσή τους. Η ηωσινοφιλία, η αναιμία και η χαμηλή φερριτίνη παρατηρούνται συχνά στις εξετάσεις διαλογής (Pavloroulou και συν. 2018). Τα οδοντιατρικά προβλήματα είναι το πιο συχνά αναφερόμενο ζήτημα υγείας. Επιπρόσθετα, αναφέρθηκαν δερματικά, αναπνευστικά και χειρουργικά νοσήματα σε παιδιά προσφύγων. Επιπλέον, διάφορες μορφές υποσιτισμού καταγράφηκαν σε παιδιά, ιδιαίτερα σε βρέφη, καθώς ο θηλασμός αποτελεί πρόκληση για τις μητέρες κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους.

Είναι σημαντικό ότι η αύξηση της θνησιμότητας των ασυνόδευτων παιδιών αναφέρθηκε στην περίοδο αιχμής 2014-2015 σε σύγκριση με τα προηγούμενα έτη 2009-2013, όπου δεν αναφέρθηκαν θάνατοι. Η άνοδος αυτή οφείλεται σε παιδιά που είχαν εισαχθεί στο νοσοκομείο για ιατρική περίθαλψη και τελικά πέθαναν ή που διαπιστώθηκε ο θάνατος τους και έπειτα η αιτία θανάτου (Anagnostopoulos και συν. 2017). Η διαπίστωση αυτή δημιουργεί σοβαρά ηθικά και κοινωνικά ζητήματα.

Η πλειοψηφία των παιδιών προσφύγων στερείται αποδείξεων ανοσοποίησης. Για παράδειγμα, το 80% των ατόμων έχει άγνωστη κατάσταση εμβολιασμού και ανεπαρκή ορολογική προστασία έναντι του HBV. Ωστόσο, κανένα παιδί δεν αναφέρθηκε ότι πάσχει

από χρόνια μόλυνση από τον ιό HBV ή από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV). Από την άλλη πλευρά, τα 4/5 των εργαστηριακών επιβεβαιωμένων συμπτωματικών περιπτώσεων μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας A που καταγράφηκαν σε περίοδο οκτώ μηνών το 2016 ήταν σε παιδιά κάτω των 15 ετών από την Συρία σε εγκαταστάσεις υποδοχής (Mellou και συν. 2017).

2.3. Πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν οι Ρομά

Η Ευρώπη παρουσιάζει μια συνεχιζόμενη πρόκληση για την έρευνα στον τομέα της υγείας και την πρακτική. Η διαθέσιμη βιβλιογραφία για τους ρομά και την υγεία συμφωνεί ότι: (1) Οι ρομά υποφέρουν από φτωχότερη υγεία και ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης σε σύγκριση με τους πληθυσμούς της πλειοψηφίας (2) η κακή υγεία των ρομά συνδέεται στενά με κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας.

Τα τελευταία χρόνια έχουμε διαπιστωθεί δύο αξιοσημείωτες εξελίξεις στην έρευνα για την υγεία των ρομά. Πρώτον, η εστίαση έχει σταδιακά επεκταθεί από τις μεταδοτικές ασθένειες, την υγεία των παιδιών και τις γενετικές διαταραχές που αποτελούσαν το κυριαρχικά θέματα πριν από μια δεκαετία (Hajioff και McKee 2000; Zeman και συν. 2003) σε μη μεταδοτικές ασθένειες, χρόνιες ασθένειες και συναφείς παράγοντες κινδύνου (Mladovsky 2007, Masseria και συν. 2010). Δεύτερον, η έρευνα έχει μετακινηθεί κυρίως σε περιγραφικές μελέτες σχετικά με την κατάσταση υγείας των ρομά προς πιο αναλυτικές μελέτες που διερευνούν τους παράγοντες που καθορίζουν τις ανισότητες στον τομέα της υγείας που αντιμετωπίζουν οι ρομά. Πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι οι ρομά βιώνουν συγκεκριμένες ανισότητες στον τομέα στην υγείας που δεν μπορούν να ανιχνευθούν πλήρως σε κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες (Masseria και συν. 2010, Paulik και συν. 2011, Kolarcik και συν. 2009, 2010, Rosicova και συν. 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΚΑΙ ΡΟΜΑ

3.1. Πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη

Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο δεν είναι μόνο πρόβλημα κατά την παροχή αλλά και κατά την λήψη. Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη διαφέρει από την άποψη των κανονισμών περί δικαιώματος και επίσημης πρόσβασης. Ακόμη και όταν υπάρχει δικαίωμα έπειτα από ασυλία (Shortall και συν. 2017) και οι κανονισμοί επιτρέπουν την πρόσβαση, περαιτέρω εμπόδια υπάρχουν από την άποψη της οργάνωσης της υγειονομικής περίθαλψης, τους περιορισμούς στην εμπειρογνομosύνη του υγειονομικού προσωπικού καθώς και την ευρύτερη διαχείριση της μετανάστευσης. Υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία σχετικά με τη χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης από πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο (Farhat και συν. 2018).

Σχετικά με τους μετανάστες που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα με τους πολίτες από την άποψη της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (Cuadra, 2010). Ωστόσο δεν μπορούν να ζητήσουν το ευεργέτημα της κοινωνικής πρόνοιας, ούτε την κάρτα που επιτρέπει σε άτομα με χαμηλό εισόδημα να έχουν ελεύθερη πρόσβαση στην φροντίδα υγείας. Η δωρεάν (ή επιδοτούμενη) υγειονομική περίθαλψη συνδέεται στενά με την υπαγωγή σε κοινωνική ασφάλιση. Μόνο οι νόμιμοι αλλοδαποί, δηλαδή εκείνοι που κατέχουν άδεια διαμονής και εργασίας, έχουν δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση.

Μέχρι σήμερα δεν έχει διαμορφωθεί πολιτική στην Ελλάδα όσον αφορά την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, κυρίως λόγω της έλλειψης αξιόπιστων δεδομένων για το επιδημιολογικό προφίλ των μεταναστών και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από αυτούς. Σύμφωνα με μελέτη σχετικά με τη πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που πραγματοποιήθηκαν το 2012 στην Ελλάδα (Galanis και συν. 2013), το 56,5% των συμμετεχόντων είχε ασφαλιστική κάλυψη υγείας, ποσοστό σχετικά μικρό σε σύγκριση με τους Έλληνες. Είναι ενδιαφέρον ότι περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες στη μελέτη (62,3%) εξέφρασαν ανεκπλήρωτες ανάγκες σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας. Οι σημαντικότεροι λόγοι ήταν σύμφωνα με τους ερωτηθέντες οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής στα νοσοκομεία, οι δυσκολίες στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, το υψηλό κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και της πολυπλοκότητας του συστήματος. Σε μια άλλη μελέτη το 67,4% των συμμετεχόντων δε ανέφερε κάλυψη της ασφάλισης υγείας (Kaitelidou και συν. 2014).

Το πρόβλημα είναι ακόμη μεγαλύτερο για τους μετανάστες χωρίς έγγραφα, οι οποίοι έχουν πρόσβαση μόνο στη δημόσια υγειονομική περίθαλψη σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης ή εάν υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή τους. Η πιο σημαντική αλλαγή κατά τη διάρκεια της κρίσης, η οποία ισχύει και για όλες τις άλλες κατηγορίες ανασφάλιστων ασθενών, είναι ότι τα νοσοκομεία είναι υποχρεωμένοι να ακολουθούν αυστηρά τους κανόνες για τους ανασφάλιστους, οι οποίοι είναι επιλέξιμοι για θεραπεία σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Σύμφωνα με μια νέα οδηγία του 2014 από το Υπουργείο Υγείας, οι αιτούντες άσυλο, οι οποίοι έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους Έλληνες πολίτες, μπορούν να λάβουν νοσοκομειακή θεραπεία δωρεάν, υπό την προϋπόθεση ότι μπορούν να αποδείξουν στη διεύθυνση του νοσοκομείου ότι βρίσκονται σε κακή οικονομική θέση.

Η οδηγία του 2012 που εκδόθηκε από τον Υπουργό Υγείας προβλέπει ότι η θεραπεία για μετανάστες χωρίς χαρτιά παρέχεται από δημόσιες υπηρεσίες, δημόσιους οργανισμούς, τοπικές αρχές και ιδρύματα κοινωνικής ασφάλισης μόνο μέχρι να «σταθεροποιηθεί» η υγεία του ασθενούς. Για άλλη μια φορά, η απόφαση παραμένει στη διακριτική ευχέρεια των επαγγελματιών του τομέα της ιατρικής περίθαλψης οι οποίοι στις περισσότερες περιπτώσεις δεν σταματούν τη θεραπεία. Επιπλέον, μια προσπάθεια που ξεκίνησε το 2009-10 στο να εισαχθούν πολιτιστικοί διαμεσολαβητές στα νοσοκομεία έχει παγώσει, γεγονός που καθιστά τα θέματα της γλώσσας και της κουλτούρας ένα επιπλέον εμπόδιο στην πρόσβαση.

3.2. Εμπόδια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας

Σύμφωνα με το άρθρο 33 του εθνικού νόμου 4368/2016, οι ανασφάλιστοι και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως οι αιτούντες άσυλο και τα μέλη των οικογενειών τους, δικαιούνται δωρεάν την απαραίτητη υγειονομική, φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη. Ωστόσο, οι πρόσφυγες αντιμετωπίζουν διοικητικούς φραγμούς στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, οι οποίοι συνδέονται με την αποτυχία των αρχών να παράσχουν έναν αριθμό κοινωνικής ασφάλισης (AMKA) (Solidarity Now 2018, MSF 2018, Circular 2018). Μετά από κοινή δήλωση 25 ΜΚΟ το 2017 (Solidarity Now 2018), εκδόθηκε εγκύκλιος το 2018 προκειμένου να διευκρινιστεί η διαδικασία έκδοσης του AMKA σε δικαιούχους διεθνούς προστασίας και αιτούντες άσυλο. Η ελληνική κυβέρνηση παρέχει σήμερα υπηρεσίες υγείας δωρεάν για τους πρόσφυγες (De Paoli και συν. 2018, Tsiamis 2017, Razum 2016).

Επιπλέον, η οικονομική κρίση είχε άμεσο αντίκτυπο στον τομέα της υγείας (Kotsiou και συν. 2018). Η πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη πάσχει από μεγάλες ελλείψεις

στον κρίσιμο εξοπλισμό και το τεχνικώς εξοπλισμένο προσωπικό, τις ανεκμετάλλευτες ανάγκες υγείας και τον αναποτελεσματικό κεντρικό συντονισμό (Kotsiou και συν. 2018). Η τρέχουσα κρίση των προσφύγων θέτει πρόσθετες απειλές στο ΕΣΥ. Τόσο οι Έλληνες όσο και οι αλλοδαποί αντιμετωπίζουν εμπόδια στη χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Kotsiou και συν. 2018).

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Το ελληνικό ΕΣΥ επηρεάστηκε βαθιά από τη συνέργεια των οικονομικών και προσφύγων κρίσεων, όπως αντανακλάται στα νησιά του Αιγαίου (Hermans και συν. 2017, MSF 2018, Morgan 2017, Medecines Sans Frontieres 2018). Χωρίς αμφιβολία, τα κέντρα υποδοχής στα ελληνικά νησιά, τα οποία έχουν ήδη υπερφορτωθεί από την επίδραση της μακροχρόνιας οικονομικής κρίσης, είδαν την άφιξη μεγάλου αριθμού προσφύγων. Επομένως, δεν ήταν σωστά προετοιμασμένα για να αντιμετωπίσουν αυτή την εισροή και να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες τόσο των Ελλήνων όσο και των προσφύγων (Morgan 2017, Medecines Sans Frontieres 2018). Σύμφωνα με μια μελέτη των Hermans και συν. με 2291 ασθενείς, υπάρχει επείγουσα ανάγκη για ψυχική (Hermans και συν. 2017, MSF 2018) και οδοντιατρική υγειονομική περίθαλψη στη Λέσβο. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρθηκε πρόσφατα ότι οι περισσότεροι πρόσφυγες (έως 80%) που παρακολουθήθηκαν από ψυχολόγο διαπιστώθηκε ότι χρειάζονται συνεχιζόμενη ψυχολογική περίθαλψη και το 30% αυτών χρειάζονται ψυχιατρική υποστήριξη (Morgan 2017). Ωστόσο, πολλοί ασθενείς στα νησιά περιμένουν τρεις έως έξι μήνες για να κλείσουν ραντεβού με τον ψυχίατρο (Medecines Sans Frontieres 2018). Οι Blitz και συν. ανέφεραν ότι οι πρόσφυγες έχουν λιγότερη πρόσβαση στην απαραίτητη υγειονομική περίθαλψη, καθώς μόλις λίγο πάνω από το 1/4 των ερωτηθέντων (26%) δήλωσαν ότι είχαν πρόσβαση σε ψυχολογικές υπηρεσίες (Blitz 2017, Mock και συν. 2015, Moris και συν. 2016).

Μια έρευνα σχετικά με την έξαρση της σιγκέλλωσης σε ένα κέντρο φιλοξενίας προσφύγων στην Ελλάδα έδειξε ότι το μέγεθος της εστίας υποεκτιμήθηκε εξαιτίας δυσκολιών στη γλώσσα, υπο-διάγνωσης περιπτώσεων με ήπια συμπτώματα ή άρνησης συμπτωμάτων από ασθενείς που δεν επιθυμούν να διακινδυνεύσουν να καθυστέρηση η αναχώρησή τους (96). Επιπλέον, αναφέρθηκε ότι μια πλήρης σειρά ζωτικών σημείων μετρήθηκε σε λιγότερο από το 5% των ασθενών. Έτσι, η σοβαρότητα της νόσου παρέμεινε σε μεγάλο βαθμό άγνωστη (Ziomas και συν. 2018). Επιπλέον, οι υπηρεσίες υγείας για τις μολυσματικές ασθένειες που παρέχονται σε πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο είναι εξαιρετικά κατακερματισμένες (Bozorgmehr και συν. 2018).

Η έλλειψη επαρκών πολιτιστικών διαμεσολαβητών αποτελεί επίσης σημαντικό παράγοντα που παρεμποδίζει την πρόσβαση στην περίθαλψη. Η διερμηνεία παρέχεται από εθελοντές. Ωστόσο, ζητήθηκαν επαγγελματικοί διερμηνείς προκειμένου να ενισχυθεί η εμπιστευτικότητα (De Paoli και συν. 2018, Ziomas και συν. 2018). Οι Έλληνες κοινωνικοί λειτουργοί προστίθενται τώρα στις ρυθμίσεις της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Ο ρόλος τους είναι να δημιουργήσουν πρόσβαση στη δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη και στις ελληνικές ιατρικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης (EMS). Οι δυσκολίες στο σύστημα παραπομπής ξεπεράστηκαν όταν απασχολούνται ελληνόφωνοι κοινωνικοί λειτουργοί. Η ευθύνη τους είναι να έλθουν σε επαφή με την κοινωνική υπηρεσία των νοσοκομείων και να προωθήσουν την ευημερία των προσφύγων (Tsitsakis και συν. 2017 Razum και συν. 2016 Bozorgmehr και συν. 2018).

Υπάρχουν επίσης προβλήματα μεταφοράς. Σύμφωνα με τον ελληνικό νόμο, οι πρόσφυγες δεν επιτρέπεται να μεταφέρονται με ιδιωτικές μεταφορές έως ότου τους χορηγηθούν κάρτες υποψηφιότητας για διεθνή προστασία. Έτσι, κανείς δεν αναλαμβάνει την ευθύνη να τους οδηγήσει σε νοσοκομεία. Ωστόσο, για επείγουσες περιπτώσεις, τα νοσοκομειακά ασθενοφόρα καλούνται από το γιατρό ή τον διαχειριστή ενός hotspot. Υπάρχουν προφανώς πάρα πολλές κλήσεις και αυτό μπορεί να καθυστερήσει την παροχή υπηρεσίας (Tsitsakis και συν. 2017 Razum και συν. 2016 Bozorgmehr και συν. 2018).

Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας

Επιπλέον, η ξαφνική εισροή προσφύγων εξέθεσε κρίσιμα ζητήματα δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένων των αναποτελεσματικών υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης για την αντιμετώπιση ανθρωπιστικών αναγκών, καθώς και την παροχή υγειονομικής και κοινωνικής προστασίας (Tsitsakis και συν. 2017 Razum και συν. 2016 Bozorgmehr και συν. 2018). Αναφέρθηκε ότι τα ελληνικά νοσοκομεία αγωνίζονται να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις τόσο των κατοίκων όσο και των μεταναστών, κυρίως λόγω της έλλειψης ιατρικών και ανθρώπινων πόρων εν μέσω της οικονομικής κρίσης (Kotsiou και συν. 2018, Moris και συν. 2017 Priebe και συν. 2018). Η υγεία των προσφύγων και των μεταναστών διακυβεύεται από τα εμπόδια πρόσβασης στο ελληνικό σύστημα υγείας (10,16-18). Τα περισσότερα εμπόδια σχετίζονται με τη γλώσσα, τον πολιτισμό και την έλλειψη πληροφοριών σχετικά με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα υποδοχής.

Οι γλωσσικές και πολιτισμικές διαφορές καθιστούν δυσκολότερη την αξιολόγηση και τη διαχείριση αυτών των προβλημάτων. Κατά συνέπεια, οι μετανάστες είναι συχνά υπό πίεση

χρόνου. Η φροντίδα τους είναι συχνά ασυντόνιστη και αντιμετωπίζουν δυσκολίες πρόσβασης στην κατάλληλη εξειδικευμένη υγειονομική περίθαλψη. Οι συχνές διακοπές των συμβάσεων και οι πολλαπλές ταυτόχρονες διαβουλεύσεις ενδέχεται να βλάψουν την ποιότητα των διαβουλεύσεων. Σε όλες τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, αλλά κυρίως στα δημόσια νοσοκομεία, απαιτούνται επειγόντως μεταφραστικές υπηρεσίες και μηχανισμοί ανάδρασης για την ενίσχυση της επικοινωνίας. Επιπλέον, η έλλειψη συνέχειας της φροντίδας είναι ένα κρίσιμο ζήτημα καθώς και δυσκολίες στην απόκτηση κατάλληλων φαρμάκων κατά τη διάρκεια του ταξιδιού (Kotsiou και συν. 2018, Moris και συν. 2017 Priebe και συν. 2018).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί πρόσφατα μια μετατόπιση της προσοχής από τα ευάλωτα θύματα της ελληνικής οικονομικής αναταραχής στους πρόσφυγες, γεγονός που ενόχλησε μερικά μέλη του τοπικού πληθυσμού. Παράλληλα με την υποστήριξη των προσφύγων, είναι απαραίτητο να παρέχουμε βοήθεια στους Έλληνες πολίτες, αναπτύσσοντας έτσι μια μελλοντική ισορροπία μεταξύ της ολοκλήρωσης της κοινωνίας, της ανθρωπότητας και της ασφάλειας (Kousoulis και συν. 2016).

Τάσεις στη χρήση των πόρων της υγειονομικής περίθαλψης

Παρόλο που ορισμένοι πρόσφυγες αρνούσαν να λάβουν κάποια φροντίδα επειδή ήθελαν να συνεχίσουν το ταξίδι τους το συντομότερο δυνατό, η πλειοψηφία ανέφερε ότι έλαβαν ανεπαρκή ενημέρωση σχετικά με τους κανόνες στα κέντρα φιλοξενίας, καθώς και σχετικά με την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας (van Loenen και συν. 2018).

Τα περισσότερα από τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν σχετίζονται με το κόστος, τη γλώσσα και την έλλειψη πληροφοριών σχετικά με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα υποδοχής. Οι πολιτιστικοί φραγμοί πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη αναφέρονται σπανιότερα. Αυτό ήταν κυρίως από γυναίκες συμμετέχοντες, οι οποίοι προτιμούσαν τους γιατρούς του ίδιου φύλου και γεωγραφικού / πολιτισμικού υποβάθρου. Ωστόσο, σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, το φύλο του ιατρού θεωρήθηκε λιγότερο σημαντικό (Norredam και συν. 2006, van Loenen και συν. 2018).

Είναι προφανές ότι οι διαφορές στη γλώσσα είναι προβληματικές σε όλα τα περιβάλλοντα τόσο για τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας όσο και για τους πρόσφυγες. Είναι πολύ δύσκολο να ξεπεραστεί αυτό το πρόβλημα, ακόμα και όταν υπάρχουν διερμηνείς.

Οι πρόσφυγες ισχυρίστηκαν επίσης ότι είχαν δυσκολίες πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη στα κέντρα υποδοχής, ενώ τα τοπικά και διοικητικά προβλήματα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης παρεμπόδιζαν την προσβασιμότητα. Επιπλέον, οι οικονομικές

δυσκολίες για την εξόφληση των παροχών για υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής μέριμνας αναφέρονται ως σημαντικό θέμα μεταξύ των προσφύγων. Πρόσθετα εμπόδια συνδέονταν με την έλλειψη χρόνου και τη συνέχεια της περίθαλψης (Norredam και συν. 2006, van Loenen και συν. 2018).

Ο ρόλος των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων

Δεδομένου ότι ο ευρύτερος δημόσιος τομέας υγείας δεν μπορεί να χειριστεί επαρκώς τη μαζική εισροή προσφύγων, δημιουργήθηκε ένα εθελοντικό κίνημα για να βοηθήσει αυτόν το πληθυσμό. Αυτό περιλαμβάνει διάφορες ΜΚΟ, άλλες κοινωνικές ομάδες και πολλά άτομα (Theofanidis και συν. 2018). Διεθνείς οργανισμοί περιλαμβάνουν την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες, τη Διεθνή Επιτροπή του Ερυθρού Σταυρού, τον Διεθνή Οργανισμό Μετανάστευσης (IOM) και μεγάλες διεθνείς ΜΚΟ όπως οι Γιατροί του Κόσμου και η Save για τα παιδιά, καθώς και πολλές τοπικές ad hoc οργανώσεις τοπικής αυτοδιοίκησης, οι οποίες γρήγορα ανέπτυξαν προσωπικό και υπηρεσίες για να καλύψουν τις ανάγκες των προσφύγων (Kitching και συν. 2017).

Στην πλειονότητα των κέντρων φιλοξενίας, η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη εξασφαλίζεται γενικά από στρατιωτικούς ιατρούς και από διεθνείς και ελληνικές ΜΚΟ και αυτές διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους χώρους. Η νοσηλευτική φροντίδα, η οποία προσφέρεται από ΜΚΟ και διεθνείς οργανισμούς όπως ο Ερυθρός Σταυρός, παρέχει βασικές υπηρεσίες όπως πρωτοβάθμια φροντίδα και προαγωγή της υγείας. Γυναικολόγοι (κατά προτίμηση γυναίκες), μαίες, οδοντίατροι, ψυχολόγοι και ψυχίατροι συμπεριλήφθηκαν πρόσφατα στα κέντρα φιλοξενίας (De Paoli 2018).

Η πρόσβαση σε εξειδικευμένη περίθαλψη ή θεραπεία σε περίπου το ήμισυ όλων των περιπτώσεων προσφέρεται από ΜΚΟ και όχι από το ΕΣΥ (Kakalou και συν. 2018). Οι ΜΚΟ διαδραματίζουν επίσης ένα ξεχωριστό ρόλο στις έκτακτες ανάγκες. Η εξυπηρέτηση, η διαπραγμάτευση, η συζήτηση, η παρακολούθηση, η υποβολή εκθέσεων, η άσκηση πίεσης ή η υποστήριξη ΜΚΟ επιδιώκουν συνεχώς να επιτύχουν επαρκή και αποτελεσματικά πρότυπα δικαίου, πολιτικής και πρακτικής (Hermans και συν. 2017). Με βάση αυτούς τους όρους, οι ΜΚΟ είναι οι βασικοί παράγοντες που υποστηρίζουν την επαρκή προστασία στο πλαίσιο της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Από την άλλη πλευρά, η ύπαρξη ΜΚΟ διαιωνίζει την εμπιστοσύνη της κυβέρνησης σ' αυτές, και αυτό είναι θέμα μεγάλης ανησυχίας. Το ΕΣΥ θα πρέπει να είναι σε θέση να ενσωματώνει τους αιτούντες άσυλο και τους πρόσφυγες.

Πρόσβαση ρομά

Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι ρομά αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα και εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Τέτοια εμπόδια περιλαμβάνουν την έλλειψη ασφάλισης υγείας και άλλων επίσημων εγγράφων που οδηγούν στον αποκλεισμό των ρομά από υπηρεσίες υγείας, γεωγραφικές απομόνωση από την ποιοτική φροντίδα, έλλειψη πληροφόρησης, γλωσσικά εμπόδια επικοινωνίας, άμεσες διακρίσεις, εξευτελιστική μεταχείριση και παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στην ΕΕ (Ευρωπαϊκό Κέντρο για τα Δικαιώματα των ρομά 2006, Συμβούλιο της Ευρώπης και EUMC 2003). Τα παιδιά των ρομά επηρεάζονται ιδιαίτερα από μια σειρά εμποδίων στην πρόσβαση (Rechel et al., 2009).

Η έρευνα για τους ρομά και την υγεία είναι πρόκληση. Τέτοιες έρευνες πρέπει να είναι μεθοδολογικά υγιείς και τα ευρήματα πρέπει να είναι σε σύγκριση με τους πληθυσμούς της χώρας. Η εμπειρία έχει δείξει ότι οι κοινότητες των ρομά σε όλη την Ευρώπη έχουν πολιτιστικές διαφορές με επιπτώσεις στην υγεία (Krumova και Pienava 2008). Η έρευνα για την υγεία των ρομά και η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη πρέπει να λαμβάνει υπόψη αυτές τις πολιτισμικές διαφορές.

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με μελέτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (2013), το 77% των ρομά είναι ανασφάλιστοι. Επίσης, το 13% των παιδιών τους δεν διαθέτουν κάρτα εμβολιασμού και το 78% αυτών ανέφεραν ότι δεν έχουν κάνει εμβόλια. Αξίζει να σημειωθεί ότι μια ανεπαρκής κάλυψη με δύο δόσεις εμβολίου ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας αναφέρθηκε στα παιδιά των ρομά (8,7%) σε σύγκριση με τα αντίστοιχα των ελληνικού πληθυσμού που ήταν 83% και το 75% των παιδιών μεταναστών.

Επίσης, ευρήματα από μια έρευνα μικρής κλίμακας που πραγματοποιήθηκε το 2011 για την αξιολόγηση της χρήσης της υγείας από τους ρομά σε αγροτικές περιοχές στην Ελλάδα, ανέφεραν ότι τα πιο συχνά εμπόδια, σύμφωνα με τους ερωτηθέντες, σχετικά με την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας ήταν η μεγάλη αναμονή στα νοσοκομεία, η στάση των επαγγελματιών υγείας και το υψηλό κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (61,1%) ανέφεραν ότι δεν έχουν τη δυνατότητα να καλύψουν το οικονομικό κόστος των υπηρεσιών υγείας. Σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (45%) ανέφερε ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, χρειάστηκε τουλάχιστον μία φορά να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας αλλά δεν μπορούσε να αντέξουν οικονομικά. Επίσης,

το 38,8% ανέφερε ότι κατά το τελευταίο έτος χρειάζονταν φάρμακα, αλλά δεν έλαβαν κανένα φάρμακο λόγω του υψηλού κόστους (70,8%) (Galanis και συν. 2012).

Οι προαναφερθείσες μελέτες δείχνουν ότι οι ρομά δεν έχουν πρόσβαση ή δεν χρησιμοποιούν προληπτικά την υγειονομική περίθαλψη και αντιμετωπίζουν ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Αυτό συνδέεται με την έλλειψη στοχοθετημένων ενημερωτικών εκστρατειών, περιορισμένης πρόσβασης σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη και έκθεση σε υψηλότερους κινδύνους για την υγεία. Οι ρομά βιώνουν κακή υγεία εν μέρει επειδή είναι πολύ πιθανότερο να είναι φτωχοί. Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι ρομά έχουν χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση και ασθένειες όπως η φυματίωση, η ιλαρά, και η ηπατίτιδα επηρεάζουν δυσανάλογα τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Οι ρομά είναι επίσης πιθανό να είναι περισσότερο άρρωστοι από άλλους φτωχούς ανθρώπους με το ίδιο επίπεδο εισοδήματος. Αντίστοιχες μελέτες που έγιναν σε χώρες της ΕΕ που αξιολογούν τόσο την υγεία όσο και τη φτώχεια των ρομά, το επιβεβαιώνουν (Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων, 2013). Επιπλέον, η οικονομική κρίση έχει οι αρνητικές επιπτώσεις στην κατάσταση της υγείας των ρομά όχι λόγω του περιορισμού όσον αφορά την κάλυψη και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας που παρουσιάζονται και στον ελληνικό πληθυσμό, αλλά κυρίως λόγω της επιδείνωση των συνθήκων διαβίωσής τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

4.1. Προκλήσεις για τους επαγγελματίες του τομέα υγείας

4.1.1. Εμπιστοσύνη στη σχέση

Οι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την παροχή και την συνέχεια της φροντίδας υγείας των προσφύγων (Drennan και συν. 2005, Riggs και συν. 2012, Suurmond και συν. 2010, Teller και συν. 2001, Yelland και συν. 2014) λαμβάνοντας ενεργό ενδιαφέρον για τη γλώσσα τους και της κουλτούρας τους (Burchill και Pevalin 2014, Teller και συν. 2001, Yelland και συν. 2014) και βοηθώντας τους στις ευρύτερες ανάγκες τους (Burchill και Pevalin 2014, Burchill και Pevalin 2014). Η συμπονετική και ενσυναισθητική διάθεση θεωρήθηκε επίσης σημαντική στη σχέση (Carolan και Cassar 2007 Samarasinghe και συν. 2010 Suurmond και συν. 2010, Yelland και συν. 2014, Tobin και συν. 2014). Η παροδική φύση κάποιας υπηρεσίας από τους χρήστες δημιούργησε σχέσεις εμπιστοσύνης (Drennan και Joseph 2005), η οποία απειλείται όταν σκέφτονται οι πρόσφυγες ή αιτούντες άσυλο ότι οι επαγγελματίες υγείας συνδέονταν με τη μετανάστευση. Ορισμένα οφέλη που διαπιστώθηκαν ήταν η αύξηση των σχέσεων εμπιστοσύνης - δέσμευση με την υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης από τους πρόσφυγες και τους αιτούντες άσυλο (Burchill και Pevalin 2012, Carolan και Cassar 2007, Burchill και Pevalin 2014, Riggs και συν. 2012) και τα μεγαλύτερα επίπεδα αποκάλυψης σχετικά με τις ανησυχίες τους για την υγεία και την κοινωνία (Drennan και Joseph 2005, Kokanovic και συν. 2010, Riggs και συν. 2012, Suurmond και Seeleman 2010, Yelland και συν. 2014).

4.1.2. Επικοινωνία

Ο γλωσσικός φραγμός είναι ευρύς και αναφέρεται ως δύσκολη υπόθεση για τη φροντίδα των προσφύγων και των αιτούντες ασύλου. Η χρήση των διερμηνέων θεωρήθηκε σημαντικός παράγοντας διευκόλυνσης στην επικοινωνία (Jensen και συν. 2013, Begg και Gill 2005, Bennett και Scammell 2014, Burchill και Pevalin 2014, Farley και συν. 2014, Furler και συν. 2010, Riggs και συν. 2012, Samarasinghe και Fridlund 2010, Yelland και Riggs 2014) και μεγιστοποιήθηκε όταν οι διερμηνείς ήταν καλά εκπαιδευμένοι και εξοικειωμένοι με την ιατρική ορολογία (Jensen και συν. 2013, Furler και συν. 2010). Η συνέχεια του διερμηνέα θεωρείται σημαντική για την προώθηση της καλής επικοινωνίας και της αυξημένης εμπιστοσύνης στην ακεραιότητα της μετάφρασης (Bennett και Scammell 2014, Burchill και

Revalin 2014, Furler και συν. 2010, Riggs και συν. 2010). Υπήρχαν, ωστόσο, προκλήσεις που σχετίζονται με την χρήση του διερμηνέα. Η επικοινωνία μέσω διερμηνέων χρειάζεται πρόσθετο χρόνο (Bennett και Scammell 2014, Johnson και συν. 2008) και οικονομικά έξοδα (Tobin και Murphy-Lawless 2014). Οι κατάλληλοι διερμηνείς δεν ήταν πάντοτε διαθέσιμη την κατάλληλη στιγμή, (Jensen και συν. 2013, Bennett και Scammell 2014, Drennan και Joseph 2005, Farley και συν. 2014, Johnson και συν. 2008, Tobin και Murphy-Lawless 2014) και αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε καθυστερημένες συναντήσεις με τον ιατρό.

Πολλές φορές τα μέλη της κοινότητας καλούνται να μεταφράσουν αντί των επαγγελματιών διερμηνέων (Drennan και Joseph 2005, Tobin και Murphy-Lawless 2014). Οι πρόσφυγες επίσης ανησυχούν ότι οι διερμηνείς δεν ήταν πάντα ακριβείς στην επικοινωνούν με τους ιατρούς (Begg και Gill 2005, Burchill και Revalin 2014, Farley και συν. 2014, Furler και συν. 2010, Tobin και Murphy-Lawless 2014, Twohig και συν. 2010) και μπορούν να επιβάλλουν δίκες τους απόψεις (Burchill και Revalin 2014, Farley και συν. 2014). Από την άλλη πλευρά, οι πρόσφυγες εξέφρασαν την ικανοποίησή τους για την αυξανόμενη διαθεσιμότητα διερμηνέων οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας, (Begg και συν. 2005) αλλά άλλοι θεώρησαν ότι ήταν πιο απρόσωπη η επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας (Riggs και συν. 2005, Yelland και συν. 2016).

Οι περαιτέρω προκλήσεις της επικοινωνίας αφορούσαν τη μη διαθεσιμότητα γραπτών πληροφοριών για την υγεία των χρηστών των υπηρεσιών, η γλώσσα (Suurmond και συν. 2013) και το γεγονός ότι σε μερικές περιπτώσεις οι ασθενείς δεν μπόρεσαν να διαβάσουν ή να γράψουν (Farley και συν. 2014). Για να βελτιώσουν την επικοινωνία χρησιμοποιήθηκαν αντικείμενα ή άλλα οπτικά βοηθήματα (Samarasinghe και συν. 2010).

4.1.3. Πολιτιστική κατανόηση

Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί πρόκληση όταν υπήρχαν διαφορετικές αντιλήψεις για την υγεία, την ασθένεια ή την υγειονομική περίθαλψη. Η εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας θα μπορούσε να είναι περιορισμένη (Farley και συν. 2014, Johnson και συν. 2008, Suurmond και συν. 2013) και διαφορετικοί όροι θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την αναφορά σε υγειονομικούς όρους. Οι έννοιες όπως η προληπτική φροντίδα (π.χ. διαλογή), (Johnson και συν. 2008, Lawrence και συν. 2005) η ψυχική φροντίδα (Kokanovic και συν. 2010) και η αυτοδιαχείριση (Samarasinghe και συν. 2010) ήταν μερικές φορές άγνωστες έννοιες για τους πρόσφυγες. Επίσης, οι χρήστες των υπηρεσιών δεν είχαν κατανόηση το συστήματα της υγειονομικής περίθαλψης των χωρών υποδοχής.

Οι διαφορές στην κουλτούρα της υγείας παρουσιάζουν δυσκολίες για την κατανόηση των συμπτωμάτων των ασθενών (Griffiths και συν. 2003) από τους επαγγελματίες υγείας και χρειάστηκε επιπλέον χρόνο και προσπάθεια εξηγώντας τις συνθήκες υγείας, τις έννοιες της υγειονομικής περίθαλψης ή τα συστήματα υγείας. Αναφέρθηκε επίσης ότι ορισμένοι πρόσφυγες ή οι αιτούντες άσυλο είχαν πολύ υψηλό, και μερικές φορές μη ρεαλιστικές, προσδοκίες για τις υπηρεσιών υγείας ή τους επαγγελματίες υγείας (Jensen και συν. 2013, Begg και Gill 2005, Burchill και Pevalin 2014, Suurmond και συν. 2010, Suurmond και συν. 2013). Διαφορές στις πολιτιστικές αξίες όπως ο ρόλος των φύλων, η λήψη αποφάσεων, τα κοινωνικά ταμπού και ο προσανατολισμός του χρόνου αναφέρθηκαν επίσης ως προκλήσεις, (Carolan και Cassar 2007, Johnson και συν. 2008, Kokanovic και συν. 2010, Suurmond και συν. 2013) με ορισμένους επαγγελματίες υγείας να εκφράζουν την αβεβαιότητά τους.

Η απόκτηση γνώσης και κατανόησης σχετικά με τους πολιτισμούς των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο θεωρήθηκε σημαντική στη διαπολιτισμική φροντίδα. Αυτό συμπεριλάμβανε τις διαφορές στις αξίες, (Drennan και Joseph 2005) τη γλώσσα του σώματος (Suurmond και συν. 2010) τις ιατρικές πρακτικές (Drennan και Joseph 2005). Η πολιτισμική κατανόηση επέτρεψε στους επαγγελματίες υγείας να προσαρμόσουν ανάλογα την πρακτική τους περί υγειονομικής περίθαλψης.

Προσωπικές ιδιότητες σε επαγγελματίες υγείας που θεωρήθηκαν σημαντικές για την ενίσχυση των διαπολιτισμικών αλληλεπιδράσεων ήταν η ευαισθησία, (Lawrence και Kearns 2005, Suurmond και συν. 2010, Teller και Chim 2001) η συμπόνια (Burchill και Pevalin 2014, Carolan και Cassar 2007, Teller και συν. 2001) και πολιτισμική ταπεινοφροσύνη (Teller και συν. 2001, Tobin και συν. 2014).

4.1.4. Υγειονομικές και κοινωνικές συνθήκες

Οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν προκλήσεις σε σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που συνήθως παρουσιάζονται από πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο. Οι φυσικές συνθήκες παρουσιάζουν προκλήσεις (Begg και Gill 2005, Burchill και Pevalin 2014, Farley και συν. 2014, Feldmann και συν. 2007, Johnson και συν. 2008) και συμπεριέλαβαν τροπικές ασθένειες όπως η ελονοσία και η σχιστοσωμίαση (Farley και συν. 2014), λοιπές μεταδοτικές ασθένειες όπως φυματίωση και HIV (Begg και Gill 2005, Burchill και Pevalin 2014, Feldmann και συν. 2007) και διατροφικές ανεπάρκειες. Παρουσιάστηκαν επίσης σωματικές βλάβες, όπως ακρωτηριασμός των γεννητικών οργάνων (Riggs και συν. 2012) και τραυματισμούς που προκλήθηκαν από συγκρούσεις ή

βασανιστήρια (Burchill και Pevalin 2014). Οι επαγγελματίες υγείας δεν ήταν πάντα προετοιμασμένοι ή εξοπλισμένοι για να αντιμετωπίσουν αυτές τις συνθήκες (Farley και συν. 2014, Johnson και συν. 2008) και υπήρχαν ανησυχίες από τους επαγγελματίες ότι ορισμένες ασθένειες θα μπορούσαν να παραμείνουν αδιάγνωστες.

Οι ψυχολογικές συνθήκες θεωρήθηκαν δύσκολες να αντιμετωπίσουν που παρατηρήθηκαν συχνά μεταξύ των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο (Begg και Gill 2005) όπως τα ψυχολογικά τραύματα που σχετίζονται με τον πόλεμο, (Jensen και συν. 2013) τα βασανιστήρια (Burchill και Pevalin 2014, Farley και συν. 2014, Griffiths και συν. 2003) και άλλες καταχρήσεις. Οι πιέσεις μετά τη μετανάστευση ήταν επίσης αρνητικές για την ψυχική υγεία τους όπως η διαδικασία ασύλου και επανεγκατάστασης, η κοινωνική απομόνωση (Jensen και συν. 2013, Furler και συν. 2010, Tobin και Murphy-Lawless 2014) και άλλες κοινωνικές αδυναμίες. Οι επαγγελματίες υγείας διαπίστωσαν ότι ήταν δύσκολο συναισθηματικά για τους ίδιους να ασχολούνται με αυτούς τους χρήστες υπηρεσιών (Begg και Gill 2005, Tobin και Murphy-Lawless 2014) και τους ήταν δυσάρεστο να ακούει τις ιστορίες τους. Εξέφρασαν επίσης συναισθήματα αδυναμίας (Jensen και συν. 2013, Tobin και Murphy-Lawless 2014) και ότι χρειάζονται δεξιότητες, γνώσεις και υποστήριξη για να ανταποκριθούν στις σύνθετες ψυχολογικές ανάγκες (Farley και συν. 2014, Yelland και συν. 2014).

Μια περαιτέρω πρόκληση που σημειώθηκε από τους επαγγελματίες υγείας ήταν η εκδήλωση ιατρικών ανεξήγητων συμπτωμάτων (σωματοποίηση) μεταξύ ορισμένων προσφύγων και αιτούντων άσυλο, που θα μπορούσαν να είναι απογοητευτικές και χρονοβόρα για την αντιμετώπιση (Farley και συν. 2013, Kokanovic και συν. 2010).

Διάφοροι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν ότι δεν μπορούσαν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση πολύπλοκων φυσικών και ψυχολογικών συνθηκών. Η προσεκτική ανάληψη ιατρικών, κοινωνικών και κοινωνικών αναγκών της μετανάστευσης ήταν χρήσιμο. Επίσης η εκπαίδευση μεταξύ επαγγελματιών υγείας και προσφύγων ή αιτούντων άσυλο θεωρείται πολύτιμη, αυξάνοντας την εμπιστοσύνη στην παροχή περίθαλψης και καταλήγοντας σε πιο αποτελεσματικές, τεκμηριωμένες υπηρεσίες υγείας. Οι κλινικές κατευθυντήριες γραμμές για την υγειονομική περίθαλψη των προσφύγων θεωρήθηκαν ωφέλιμες, παρότι αυτές συχνά δεν είναι διαθέσιμες. Η επαγγελματική υποστήριξη θεωρήθηκε σημαντική. Η σημασία της ψυχολογικής υποστήριξης για όσους εργάστηκαν με τραυματίες ασθενείς επισημάνθηκε, όπως και η παροχή συμβουλών ή η ενημέρωση (Griffiths και συν. 2003, Samarasinghe και συν. 2010).

4.1.5. Χρόνος

Μια σημαντική πρόκληση που αντιμετώπισαν οι επαγγελματίες υγείας ήταν ο χρόνος που απαιτείται για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους πρόσφυγες και τους αιτούντες άσυλο. Χρειάστηκε περισσότερος χρόνος λόγω των προαναφερθέντων προκλήσεων γύρω από την δημιουργία σχέσης, επικοινωνίας, επίτευξη πολιτισμικής κατανόησης και αντιμετώπισης πολύπλοκων υγειονομικών συνθήκων. Αυτή η πρόσθετη ζήτηση χρόνου σήμαινε ότι έπρεπε να επεκταθούν οι διορισμοί ή να εμφανίζονται συχνότερα. Οι επαγγελματίες υγείας ανησυχούν ότι οι χρονικοί περιορισμοί θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε «συσσωρευμένες διαβουλεύσεις (Crowley και συν. 2005).

4.2. Σύστημα υγειονομικής περίθαλψης

Τα συστήματα υγείας έχουν οριστεί ως «συνδυασμός» των πόρων, της οργάνωσης, της χρηματοδότησης και της διαχείρισης που κορυφώνονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πληθυσμούς. Οι επαγγελματίες υγείας περιγράφουν τις προκλήσεις που σχετίζονται με το σύστημα υγείας και τους πρόσφυγες σε πέντε τομείς: κατάρτιση και καθοδήγηση, επαγγελματική υποστήριξη, σύνδεση με άλλες υπηρεσίες, οργάνωση και πόρων και ικανότητα.

4.2.1. Εκπαίδευση και καθοδήγηση

Όπως έχει ήδη περιγραφεί στις «υγειονομικές και κοινωνικές συνθήκες», οι επαγγελματίες υγείας σκέφτονται ότι η ειδική εκπαίδευση και η καθοδήγηση θα διευκολύνει την κλινική πρακτική τους, βελτιώνοντας την ικανότητα και την εμπιστοσύνη τους. Θετικά παραδείγματα της εκπαίδευσης που παρέχεται ήταν: ο προσανατολισμός προς τις υπηρεσίες και τους πόρους για τους πρόσφυγες και τους αιτούντες άσυλο και οι ειδικές πληροφορίες για τον πολιτισμό (Drennan και Joseph 2005, Teller και Chim 2001).

Παρόλα αυτά, μια ευρεία βάση των επαγγελματιών υγείας διαπίστωσε την έλλειψη κατάρτισης, εκπαίδευσης ή τον προσανατολισμό ως επιζήμια για την πρακτική. Ακόμα και όταν είναι διαθέσιμη η εκπαίδευση, μπορεί να γίνει απρόσιτη λόγω έλλειψης συνειδητοποίησης ή χρονικών περιορισμών. Οι επαγγελματίες υγείας ζήτησαν περισσότερη κατάρτιση, καθοδήγηση ή πληροφόρηση όσον αφορά την ενσωμάτωση με άλλους τομείς υγείας και κοινωνίας φροντίδας, το προφίλ υγείας των συγκεκριμένων ομάδων, την

πολιτιστική ευαισθητοποίηση / ικανότητα και την ευρύτερη διαδικασία του άσυλου (Begg και Gill 2005, Drennan και Joseph 2005).

4.2.2. Επαγγελματική υποστήριξη

Η επαγγελματική υποστήριξη θεωρήθηκε ανεπαρκής στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται απομόνωση μέσα στην υγειονομική περίθαλψη και τα δίκτυα υποστήριξης θεωρούνται ανύπαρκτα. Αναφέρθηκαν ανησυχίες σχετικά με τους επαγγελματίες υγείας που εκτίθενται σε δυσάρεστες ιστορίες και ανεπαρκή ψυχολογική υποστήριξη (Tobin και Murphy-Lawless 2014).

4.2.3. Σύνδεση με άλλες υπηρεσίες

Η σύνδεση με άλλες υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής μέριμνας ήταν μια άλλη σημαντική πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας. Η καθιέρωση οδών παραπομπής σε διάφορες υπηρεσίες στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και υπηρεσίες εντός της κοινωνίας των πολιτών θα μπορούσαν να κατευθύνουν τους πρόσφυγες και τους αιτούντες άσυλο στην κατάλληλη περίθαλψη. Η καλή επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών ήταν χρήσιμη και οι γόνιμες συνεργασίες με άλλες υπηρεσίες, όπως ομάδες πολλαπλών δραστηριοτήτων παρέχουν ολιστική υγειονομική περίθαλψη (Bennett και Scammell 2014).

Οι επαγγελματίες υγείας αναφέρθηκαν σε ορισμένες δυσκολίες των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο σε άλλους τομείς της υγείας ή της κοινωνικής ζωής. Ορισμένες υπηρεσίες δεν είχαν συσταθεί για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους, και άλλες φορές οι υπηρεσίες απλά δεν ήταν παρούσες. Αυτές οι προκλήσεις θα μπορούσαν να ενισχυθούν όταν οι επαγγελματίες υγείας δυσκολεύονται να πλοηγηθούν στα σύνθετα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.

4.2.4. Οργάνωση

Η βιβλιογραφία αναφέρει ευελιξία στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη που είναι ωφέλιμη για τους προσφυγές και τους αιτούντες άσυλο. Αυτό επέτρεψε καινοτόμες προσεγγίσεις για τη βελτιστοποίηση της παροχής υπηρεσιών, όπως η μετεγκατάσταση των υπηρεσιών σε πιο προσπελάσιμες θέσεις και η προσαρμογή των μορφών εργασίας ώστε να ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες των χρηστών υπηρεσιών. Η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών για πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο έχει υποστηριχθεί συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών αρχικής αξιολόγησης της υγείας, από ειδικές ομάδες και εξειδικευμένα κέντρα. Ωστόσο, υπογραμμίστηκε ότι αυτά πρέπει να ενταχθούν καλά στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Begg και Gill 2005, Burchill και Pevalin 2014).

4.2.5. Πόροι και ικανότητα

Οι μακρύτεροι, συχνότεροι διορισμοί και η χρήση των διερμηνέων οδήγησαν σε πρόσθετο κόστος, το οποίο κάποιοι αισθάνονταν ότι δεν λήφθηκε υπόψη στα μοντέλα χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας. Ορισμένοι επαγγελματίες υγείας πίστευαν ότι δεν μπορούσαν να παρέχουν επαρκείς υπηρεσίες υγείας λόγω έλλειψης χρηματοδότησης, και με μια μελέτη παραθέτει ένα παράδειγμα όπου οι διερμηνείς δεν ήταν σε θέση να χρησιμοποιηθούν λόγω της έλλειψης χρηματοδότησης. Επίσης αναφέρθηκαν ελλείψεις στον εργατικό δυναμικό, θέτοντας πρόσθετο φόρτο εργασίας και άγχος στους επαγγελματίες υγείας. Οι αναφερόμενες συνέπειες ήταν ότι κάποιοι επαγγελματίες υγείας εγκατέλειψαν τις θέσεις τους, επιδεινώνοντας περαιτέρω το πρόβλημα. Οι ελλείψεις των διερμηνέων αναφέρθηκαν επίσης ως δυσκολία καθώς και με η ακαμψία των λειτουργιών τους (Lawrence και Kearns 2005, Griffiths και συν. 2003).

4.2.6. Άσυλο και επανεγκατάσταση

Περαιτέρω προκλήσεις συνδέονται με το καθεστώς μετανάστευσης και τη νομοθετική πολιτική προς τους πρόσφυγες και τους αιτούντες άσυλο. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι επαγγελματίες υγείας παρεμποδίστηκαν στην κάλυψη των αναγκών υγείας λόγω των περιορισμών πολιτικών. Υπήρξαν δυσκολίες στην κατανόηση των συχνά μεταβαλλόμενων πολιτικών και τα δικαιώματα για τους πρόσφυγες και τους αιτούντες άσυλο. Ορισμένοι επαγγελματίες υγείας περιέγραψαν συγκρούσεις στο επαγγελματικό τους καθήκον μεταξύ του να ενεργούν ως υπερασπιστές των ασθενών τους, και τις απαιτήσεις που το σύστημα υγείας τους είχε θεσπίσει ως προς την φροντίδα των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο (Kurth και συν. 2010, Griffiths και συν. 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να διερευνήσει τις απόψεις και τις στάσεις του υγειονομικού προσωπικού απέναντι στις ιδιαιτερότητες της παροχής φροντίδας σε πρόσφυγες και ρομά.

Ερευνητικές Υποθέσεις

- Οι επαγγελματίες υγείας παρατηρούν διατάραξη στο κανονικό τους πρόγραμμα δουλεύοντας με τους πρόσφυγες /ρομά ασθενείς;
- Πόσο σίγουροι νιώθουν οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζοντας ιατρικά θέματα και ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς;
- Πόσο ικανοποιημένοι είναι οι επαγγελματίες υγείας από τις υπηρεσίες υποστήριξης που είναι διαθέσιμες για να σας βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα των προσφύγων /ρομά ασθενών;
- Επιθυμούν οι επαγγελματίες υγείας περισσότερη υποστήριξη και εκπαίδευση στην αντιμετώπιση των προβλημάτων των προσφύγων /ρομά ασθενών;
- Επηρεάζουν τα κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας τις απόψεις και τις στάσεις τους απέναντι στις ιδιαιτερότητες της παροχής φροντίδας σε πρόσφυγες και ρομά;

5.2. Μέθοδος και Υλικό

Η έρευνα διεξήχθη στο Γενικό Νοσοκομείο της Κορίνθου. Τα ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν ήταν αυτοσυμπληρούμενα και συνοδεύονταν από ενημερωτικό σημείωμα σχετικά με τους σκοπούς της μελέτης και τη διατήρηση της ανωνυμότητας των συμμετεχόντων σε αυτή. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ήταν η τυχαία δειγματοληψία. Η ερευνήτρια ζήτησε άδεια από τη Διοίκηση του νοσοκομείου προκειμένου να διεξαχθεί η έρευνα σε επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν πρόσφυγες και ρομά / τσιγγάνους (Παράρτημα Α'). Η έρευνα διήρκεσε 3 μήνες από Ιούλιο 2018- έως και Σεπτέμβριο 2018.

Δείγμα έρευνας

Σύμφωνα με τα στοιχεία του νοσοκομείου, οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο της Κορίνθου και παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε πρόσφυγες ή ρομά είναι: 40 άτομα επιστημονικό παραϊατρικό προσωπικό, 194 άτομα νοσηλευτικό προσωπικό και 125 άτομα ιατρικό προσωπικό. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτελέσαν: 16 άτομα επιστημονικό παραϊατρικό προσωπικό, 103 άτομα νοσηλευτικό προσωπικό και 54 άτομα ιατρικό προσωπικό.

Εργαλείο έρευνας

Σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε μόνο ένα ερωτηματολόγιο βρέθηκε που να καλύπτει τους σκοπούς της παρούσας μελέτης. Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνα του πανεπιστημίου του North Dame της Αυστραλίας και έχει τίτλο: Needs assessment of General Practitioner involvement in Refugee Health. Η ερευνήτρια ζήτησε και έλαβε άδεια από τους σχεδιαστές του ερωτηματολογίου και συγκεκριμένα την καθηγήτρια Catherine Harding και την καθηγήτρια Geraldine Duncan (Παράρτημα Β'). Επίσης, το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα ελληνικά από την ερευνήτρια (Παράρτημα Γ') και στην συνέχεια πραγματοποιήθηκε πιλοτική έρευνα σε δείγμα 10 επαγγελματιών υγείας προκειμένου να διαπιστωθεί η αξιοπιστία του σχεδιασμένου ερωτηματολογίου.

Στατιστική ανάλυση

Τα ερωτηματολόγια εισήχθησαν στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS 25 (statistical package for social sciences), όπου και αποτέλεσε το εργαλείο για τις στατιστικές αναλύσεις. Πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική με σκοπό την παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος. Επίσης διεξήχθη επαγωγική στατιστική για την διερεύνηση διαφορών μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Τα τεστ που χρησιμοποιήθηκαν είναι για την σύγκριση ποσοτικών και ποιοτικών μεταβλητών ήταν: Student's t-test για δίτιμες ποιοτικές μεταβλητές και ανάλυση διακύμανσης (One way Anova- Analysis of variances) για ποιοτικές μεταβλητές από 2 τιμές και άνω. Ακόμη, για τις ποιοτικές μεταβλητές εφαρμόστηκε το Pearson's chi-squared τεστ. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας της έρευνας τέθηκε σε 0.05.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1. Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά Επαγγελματιών υγείας

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ήταν γυναίκες (58,4%). Το 49,1% ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 36-50 ετών. Το 45,1% ήταν έγγαμοι και το 48,6% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ.

Πίνακας 3: Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά Επαγγελματιών υγείας

		Αριθμός	Ποσοστό (%)
Φύλο	Ανδρας	72	41,6
	Γυναίκα	101	58,4
Ηλικία	18-35	50	28,9
	36-50	85	49,1
	51 και άνω	38	22,0
Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμος/η	78	45,1
	Άγαμος/η	59	34,1
	Διαζευγμένος/η	24	13,9
	Χήρος/α	12	6,9
Επίπεδο εκπαίδευσης	Υποχρεωτική	4	2,3
	Λύκειο	44	25,4
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	84	48,6
	Μεταπτυχιακό	41	23,7

6.2. Εργασιακά Χαρακτηριστικά Επαγγελματιών υγείας

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα εργασιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας.

Υψηλό ήταν το ποσοστό των συμμετεχόντων είχε 11 έως 20 έτη προϋπηρεσία (38,2%), και η πλειοψηφία του δείγματος (59,5%) που συμμετείχε στην έρευνα ήταν οι νοσηλευτές/τριες.

Πίνακας 4: Εργασιακά Χαρακτηριστικά Επαγγελματιών υγείας

		Αριθμός	Ποσοστό (%)
Χρόνια Προϋπηρεσίας	1 έως 5	29	16,8
	6 έως 10	36	20,8
	11 έως 20	66	38,2
	21-και άνω	42	24,3
Τομέας Εργασίας	Ιατρός	54	31,2
	Νοσηλεύτης/τρια	103	59,5
	Παραϊατρικό / επιστημονικό Προσωπικό	16	9,2

6.3. Απόψεις και Στάσεις

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται οι απόψεις και οι στάσεις του υγειονομικού προσωπικού απέναντι στις ιδιαιτερότητες της παροχής φροντίδας σε πρόσφυγες και ρομά / τσιγγάνους.

Η πλειοψηφία του δείγματος 39,3% απάντησε ότι μια φορά το μήνα παρακολουθεί ή την επισκέπτονται προσφυγές ασθενείς η ρομά. Ενώ υψηλό ήταν και το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας (38,7%) που απάντησε μια φορά την εβδομάδα. Χαμηλότερα ήταν τα ποσοστά εκείνων που δήλωσαν κάθε μέρα (15,6%) και πολύ σπάνια (5,8%).

Πίνακας 5: Πόσο συχνά παρακολουθείτε – σας επισκέπτονται προσφυγές/ ρομά ασθενείς?

	Αριθμός	Ποσοστό
Κάθε μέρα	27	15,6
Μια φορά την εβδομάδα	67	38,7
Μια φορά τον μήνα	69	39,9
Πολύ σπάνια	10	5,8

Το 53,2% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι μερικές φορές έχει παρατηρήσει ότι δουλεύοντας με τους πρόσφυγες διαταράσσεται το κανονικό πρόγραμμα του. Επίσης το 26,6% απάντησε ότι συμβαίνει συχνά, ενώ το 15,6% και 4,6% σπάνια και τότε αντίστοιχα.

Πίνακας 6: Έχετε παρατηρήσει ότι δουλεύοντας με τους πρόσφυγες/ ρομά διαταράσσεται το κανονικό σας πρόγραμμα;

	Αριθμός	Ποσοστό
Συχνά	46	26,6
Μερικές φορές	92	53,2
Σπάνια	27	15,6
Ποτέ	8	4,6

Οι συμμετέχοντες σε πλειοψηφία 69,4% απάντησε ότι νιώθει σίγουρος αντιμετωπίζοντας ιατρικά θέματα που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες, ενώ το 17,3% καθόλου σίγουρος και το 13,3% πολύ σίγουρος.

Πίνακας 7: Πόσο σίγουρος νιώθετε αντιμετωπίζοντας ιατρικά θέματα που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες / ρομά;

	Αριθμός	Ποσοστό
Πολύ σίγουρος	23	13,3
Σίγουρος	120	69,4
Καθόλου σίγουρος	30	17,3

Στην παραπάνω ερώτηση, το ιατρικό προσωπικό πρόσθεσε ότι οι γυναίκες πρόσφυγες αρνούσαν να λάβουν υπηρεσίες από άνδρες ιατρούς όσο αφορά κυρίως τις γυναικολογικές ιατρικές υπηρεσίες. Οι ιατροί αντιμετωπίζουν μεταδοτικές ασθένειες, ακρωτηριασμούς, τραυματισμούς και ασυνήθιστες ασθένειες για τον ελληνικό πληθυσμό. Αντίστοιχα, το νοσηλευτικό προσωπικό ανέφερε επίσης ότι οι ασθενείς πρόσφυγες / ρομά αρνούσαν μερικές φορές να λάβουν τις νοσηλευτικές υπηρεσίες λόγω φόβου και άγνοιας για τις πράξεις.

Επίσης, 52,6% δήλωσε σίγουρος σχετικά με το πως νιώθει αντιμετωπίζοντας τα ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες / ρομά. Ωστόσο το 37% απάντησε καθόλου σίγουρος, ενώ το 10,4% πολύ σίγουρος.

Πίνακας 8: Πόσο σίγουρος νιώθετε όταν αντιμετωπίζετε ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες / ρομά;

	Αριθμός	Ποσοστό
Πολύ σίγουρος	18	10,4
Σίγουρος	91	52,6
Καθόλου σίγουρος	64	37,0

Στην παραπάνω ερώτηση, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό πρόσθεσε ότι μερικές φορές ήταν δύσκολο να ανταπεξέλθει στα ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών προσφύγων / ρομά λόγω της λεκτικής επικοινωνίας μεταξύ τους.

Η πλειοψηφία του δείγματος (59,5%) δήλωσε ικανοποιημένο με τις υπηρεσίες υποστήριξης, και το 2,9% πολύ ικανοποιημένο. Όμως υψηλό ήταν και το ποσοστό 37,6% που απάντησε καθόλου ικανοποιημένο.

Πίνακας 9: Πόσο ικανοποιημένος είστε με τις υπηρεσίες υποστήριξης

	Αριθμός	Ποσοστό
Πολύ ικανοποιημένος	5	2,9
Ικανοποιημένος	103	59,5
Καθόλου ικανοποιημένος	65	37,6

Ποιες υπηρεσίες είναι διαθέσιμες στην περιοχή σας;

Το νοσοκομείο διαθέτει κοινωνικό λειτουργό και ψυχολόγο κυρίως για τους ασθενείς, ωστόσο μπορεί να απευθυνθεί και κάποιος επαγγελματίας υγείας για συζήτηση και συμβουλή. Επίσης διαθέτει λογοθεραπευτή.

Υψηλό ποσοστό (75,1%) απάντησε ότι θα ήθελε περισσότερη υποστήριξη σχετικά με την παροχή φροντίδας υγείας των προσφύγων/ρομά, ενώ το 24,9% απάντησε αρνητικά.

Πίνακας 10: Νομίζετε ότι θέλετε περισσότερη υποστήριξη σε αυτόν τον τομέα

	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι	130	75,1
Όχι	43	24,9

Σημαντικό είναι ότι το 63% δήλωσε ότι θα ήθελε περισσότερη εκπαίδευση σχετικά με την παροχή φροντίδας υγείας των προσφύγων/ρομά, ενώ το 37% απάντησε αρνητικά.

Πίνακας 11: Νομίζετε ότι θέλετε περισσότερη εκπαίδευση σε αυτόν τον τομέα

	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι	109	63,0
Όχι	64	37,0

Ποια εμπόδια υπάρχουν όταν έρχεστε αντιμέτωποι με την υγεία των προσφύγων;

- Διαφορετική νοοτροπία και κουλτούρα
- Γλωσσικές διαφορές
- Επικοινωνιακό πρόβλημα, Λεκτική επικοινωνία
- Δύσκολη αξιολόγηση ιστορικού περιστατικού / λήψη συγκατάθεσης, εξασφαλίζοντας την κατανόηση του ασθενούς
- Διερμηνείς: πρόσθετος χρόνος / δαπάνη, μη διαθεσιμότητα, ανακρίβεια / επιβολή των δικών του απόψεων
- Αναλφαβητισμός προσφύγων /ρομά
- Διαφορετικές κατανοήσεις των εννοιών υγείας / υγειονομικής περίθαλψης
- Διαφορετικές πολιτιστικές αξίες
- Αυξημένη απαίτηση χρόνου, αυξημένη διάρκεια περίθαλψης στα περιστατικά
- Ο χρόνος αφαιρείται από άλλες ομάδες ασθενών
- Δεν υπάρχει κατάρτιση / καθοδήγηση
- Ανεπάρκεια της επαγγελματικής υποστήριξης
- Δυσκολίες αναφορών σε άλλες υπηρεσίες που δεν υπάρχουν / δεν είναι κατάλληλες
- Ελάχιστη κάλυψη των ελλείψεων
- Προστασία των εργαζομένων
- Περιορισμοί πολιτικής

Ποιες λύσεις πιστεύετε ότι θα βοηθούσαν τα παραπάνω εμπόδια;

- Συνέχεια της φροντίδας
- Υποστήριξη ευρύτερων αναγκών όπως ψυχολογικών προβλημάτων και κοινωνικών προβλημάτων
- Κατάλληλοι και εκπαιδευμένοι διερμηνείς
- Γνώση άλλων πολιτισμών: αξίες, πρακτικές υγείας, σώματος
- Γλώσσα
- Ατομικές ιδιότητες: ευαισθησία, ενσυναίσθηση, πολιτισμική ταπεινοφροσύνη
- Εκπαίδευση
- Επαγγελματική υποστήριξη
- Εκπαίδευση για την κατάρτιση σε πολιτιστικά θέματα
- Γνώσεις για την διαδικασία ασύλου

- Δυνατότητα παραπομπής σε άλλη δομή του συστήματος υγείας
- Συντονισμός / συνεργασία με άλλες υπηρεσίες
- Ευελιξία της πρωτοβάθμιας περίθαλψης
- Εκπαίδευση σε θέματα ασύλου και επανεγκατάστασης

6.4. Συσχετίσεις

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των ερωτήσεων του ερωτηματολόγιου και των κοινωνικοδημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών των επαγγελματιών υγείας.

Φύλο

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου των επαγγελματιών υγείας και της συχνότητας παρακολούθησης – επίσκεψης προσφυγών/ρομά ασθενών.

Πίνακας 12: Συχνότητα παρακολούθησης – επίσκεψης προσφυγών/ρομά ασθενών σε σύγκριση με φύλο

Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Ανδρας	72	3,55	0,75	0,241
Γυναίκα	101	3,70	0,85	

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου των επαγγελματιών υγείας και της διατάραξης του κανονικού πρόγραμμα δουλεύοντας με πρόσφυγες/ρομά ασθενείς.

Πίνακας 13: Διατάραξη κανονικού πρόγραμμα δουλεύοντας με πρόσφυγες/ρομά ασθενείς σε σύγκριση με φύλο

Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Ανδρας	72	2,88	0,91	0,068
Γυναίκα	101	3,10	0,66	

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου των επαγγελματιών υγείας και του αισθήματος σιγουριάς από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας ως προς την αντιμετώπιση ιατρικών θεμάτων που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς.

Πίνακας 14: Αίσθημα σιγουριάς αντιμετωπίζοντας ιατρικά θέματα που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς σε σύγκριση με φύλο

Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
------	---	-----------	-----------------	---------

Άνδρας	72	2,01	0,66	0,277
Γυναίκα	101	1,92	0,46	

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου των επαγγελματιών υγείας και του αισθήματος σιγουριάς από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας ως προς την αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς.

Πίνακας 15: Αίσθημα σιγουριάς αντιμετωπίζοντας ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς σε σύγκριση με φύλο

Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Άνδρας	72	1,77	0,70	0,448
Γυναίκα	101	1,70	0,59	

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου των επαγγελματιών υγείας και της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υποστήριξης του νοσοκομείου.

Πίνακας 16: Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υποστήριξης σε σύγκριση με φύλο

Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Άνδρας	72	1,68	0,50	0,571
Γυναίκα	101	1,63	0,56	

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου των επαγγελματιών υγείας και το εάν επιθυμούν περισσότερη υποστήριξη σχετικά με την φροντίδα των ασθενών προσφύγων / ρομά ($p = 0.694$).

Πίνακας 17: Περισσότερη υποστήριξη σε σύγκριση με φύλο

		Φύλο	
		Άνδρας	Γυναίκα
Ναι	Αριθμός	53	77
	%	40,8%	59,2%

Όχι	Αριθμός	19	24
	%	44,2%	55,8%

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του φύλου των επαγγελματιών υγείας και το εάν επιθυμούν περισσότερη εκπαίδευση σχετικά με την φροντίδα των ασθενών προσφύγων / ρομά ($p = 0.019$). Συγκεκριμένα, το 65,1% των γυναικών αναφέρουν ότι επιθυμούν περισσότερη εκπαίδευση σε σύγκριση με το 34,9% των ανδρών.

Πίνακας 18: Περισσότερη εκπαίδευση σε σύγκριση με φύλο

		Φύλο	
		Άνδρας	Γυναίκα
Ναι	Αριθμός	38	71
	%	34,9%	65,1%
Όχι	Αριθμός	34	30
	%	53,1%	46,9%

Ηλικιακές Ομάδες

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των επαγγελματιών υγείας και της συχνότητας παρακολούθησης – επίσκεψης προσφυγών/ρομά ασθενών ($p= 0.348$).

Πίνακας 19: Συχνότητα παρακολούθησης – επίσκεψης προσφυγών/ρομά ασθενών σε σύγκριση με ηλικία

Ηλικία		
18-35	Μέση τιμή	3,78
	N	50,00
	Τυπική απόκλιση	0,79
36-50	Μέση τιμή	3,60
	N	85,00
	Τυπική απόκλιση	0,85
51 και άνω	Μέση τιμή	3,55
	N	38,00
	Τυπική απόκλιση	0,76

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των επαγγελματιών υγείας και της διατάραξης του κανονικού πρόγραμμα δουλεύοντας με πρόσφυγες/ρομά ασθενείς ($p= 0.001$). Οι επαγγελματίες υγείας που ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες 18 -35 ετών και 36-50 ετών αναφέρουν ότι συχνά και μερικές φορές διαταράσσεται το πρόγραμμα τους λόγω φροντίδας των προσφύγων/ ρομά σε σύγκριση με τους επαγγελματίες υγείας που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 51 και άνω που αναφέρουν ότι αυτό συμβαίνει σπάνια ή ποτέ.

Πίνακας 20: Διατάραξη κανονικού πρόγραμμα δουλεύοντας με πρόσφυγες/ρομά ασθενείς σε σύγκριση με ηλικία

Ηλικία		
18-35	Μέση τιμή	3,22
	N	50,00
	Τυπική απόκλιση	0,71
36-50	Μέση τιμή	3,11
	N	85,00
	Τυπική απόκλιση	0,71
51 και άνω	Μέση τιμή	2,55
	N	38,00
	Τυπική απόκλιση	0,86

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των επαγγελματιών υγείας και του αισθήματος σιγουριάς από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας ως προς την αντιμετώπιση ιατρικών θεμάτων που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς ($p= 0.003$). Οι επαγγελματίες υγείας που ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες 18 -35 ετών και 36-50 ετών αισθάνονται σίγουροι αλλά και κάποιοι καθόλου σίγουροι ως προς την αντιμετώπιση των ιατρικών θεμάτων που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς, σε σύγκριση με τους επαγγελματίες υγείας που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 51 και άνω που αισθάνονται πολύ σίγουροι.

Πίνακας 21: Αίσθημα σιγουριάς αντιμετωπίζοντας ιατρικά θέματα που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς σε σύγκριση με ηλικία

Ηλικία		
18-35	Μέση τιμή	1,82
	N	50,00
	Τυπική απόκλιση	0,52
36-50	Μέση τιμή	1,93
	N	85,00
	Τυπική απόκλιση	0,53
51 και άνω	Μέση τιμή	2,21
	N	38,00
	Τυπική απόκλιση	0,58

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των επαγγελματιών υγείας και του αισθήματος σιγουριάς από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας ως προς την αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς ($p= 0.030$). Οι επαγγελματίες υγείας που ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες 18 -35 ετών και 36-50 ετών αισθάνονται σίγουροι αλλά και κάποιοι καθόλου σίγουροι ως προς την αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς, σε σύγκριση με τους επαγγελματίες υγείας που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 51 και άνω που αισθάνονται πολύ σίγουροι.

Πίνακας 22: Αίσθημα σιγουριάς αντιμετωπίζοντας ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς σε σύγκριση με ηλικία

Ηλικία		
18-35	Μέση τιμή	1,68
	N	50,00
	Τυπική απόκλιση	0,62
36-50	Μέση τιμή	1,66
	N	85,00
	Τυπική απόκλιση	0,61
51 και άνω	Μέση τιμή	1,97
	N	38,00
	Τυπική απόκλιση	0,68

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των επαγγελματιών υγείας και της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υποστήριξης του νοσοκομείου ($p= 0.001$). Οι επαγγελματίες υγείας που ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες 18 -35 ετών και 36-50 ετών αισθάνονται λιγότερο ικανοποιημένοι, σε σύγκριση με τους επαγγελματίες υγείας που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 51 και άνω που αισθάνονται περισσότερο ικανοποιημένοι.

Πίνακας 23: Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υποστήριξης σε σύγκριση με ηλικία

Ηλικία		
18-35	Μέση τιμή	1,68
	N	50,00
	Τυπική απόκλιση	0,55
36-50	Μέση τιμή	1,54
	N	85,00
	Τυπική απόκλιση	0,52
51 και άνω	Μέση τιμή	1,87
	N	38,00
	Τυπική απόκλιση	0,47

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των επαγγελματιών υγείας και το εάν επιθυμούν περισσότερη υποστήριξη σχετικά με την φροντίδα των ασθενών προσφύγων / ρομά ($p = 0.006$). Το 53,1% και το 30,8% των επαγγελματιών υγείας που ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες 18 -35 ετών και 36-50 ετών αντίστοιχα επιθυμούν

περισσότερη υποστήριξη, σε σύγκριση με το χαμηλότερο 16,2% των επαγγελματιών υγείας που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 51 και άνω.

Πίνακας 24: Περισσότερη υποστήριξη σε σύγκριση με ηλικία

		Ηλικία		
		18-35	36-50	51 και άνω
Ναι	Αριθμός	40	69	21
	%	30,8%	53,1%	16,2%
Όχι	Αριθμός	10	16	17
	%	23,3%	37,2%	39,5%

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των επαγγελματιών υγείας και το εάν επιθυμούν περισσότερη εκπαίδευση σχετικά με την φροντίδα των ασθενών προσφύγων / ρομά ($p = 0.141$).

Πίνακας 25: Περισσότερη εκπαίδευση σε σύγκριση με ηλικία

		Ηλικία		
		18-35	36-50	51 και άνω
Ναι	Αριθμός	35	55	19
	%	32,1%	50,5%	17,4%
Όχι	Αριθμός	15	30	19
	%	23,4%	46,9%	29,7%

Οικογενειακή κατάσταση

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας και της συχνότητας παρακολούθησης – επίσκεψης προσφύγων/ρομά ασθενών ($p = 0.222$).

Πίνακας 26: Συχνότητα παρακολούθησης – επίσκεψης προσφύγων/ρομά ασθενών σε σύγκριση με οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος/η	Μέση τιμή	3,68
	N	78,00
	Τυπική απόκλιση	0,89
Άγαμος/η	Μέση τιμή	3,68

	N	59,00
	Τυπική απόκλιση	0,73
Διαζευγμένος/η	Μέση τιμή	3,33
	N	24,00
	Τυπική απόκλιση	0,64
Χήρος/α	Μέση τιμή	3,83
	N	12,00
	Τυπική απόκλιση	0,94

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας και της διατάραξης του κανονικού πρόγραμμα δουλεύοντας με πρόσφυγες/ρομά ασθενείς ($p = 0.065$).

Πίνακας 27: Διατάραξη κανονικού πρόγραμμα δουλεύοντας με πρόσφυγες/ρομά ασθενείς σε σύγκριση με οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος/η	Μέση τιμή	3,12
	N	78,00
	Τυπική απόκλιση	0,82
Άγαμος/η	Μέση τιμή	3,07
	N	59,00
	Τυπική απόκλιση	0,78
Διαζευγμένος/η	Μέση τιμή	2,79
	N	24,00
	Τυπική απόκλιση	0,59
Χήρος/α	Μέση τιμή	2,58
	N	12,00
	Τυπική απόκλιση	0,67

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας και του αισθήματος σιγουριάς από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας που αντιμετωπίζουν ιατρικά θέματα που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς ($p = 0.253$).

Πίνακας 28: Αίσθημα σιγουριάς αντιμετωπίζοντας ιατρικά θέματα που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς σε σύγκριση με οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος/η	Μέση τιμή	1,95
	N	78,00
	Τυπική απόκλιση	0,56
Άγαμος/η	Μέση τιμή	1,88
	N	59,00
	Τυπική απόκλιση	0,46
Διαζευγμένος/η	Μέση τιμή	2,08
	N	24,00
	Τυπική απόκλιση	0,72
Χήρος/α	Μέση τιμή	2,17
	N	12,00
	Τυπική απόκλιση	0,58

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας και του αισθήματος σιγουριάς από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας ως προς την αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς ($p = 0.132$).

Πίνακας 29: Αίσθημα σιγουριάς αντιμετωπίζοντας ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς σε σύγκριση με οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος/η	Μέση τιμή	1,76
	N	78,00
	Τυπική απόκλιση	0,65
Άγαμος/η	Μέση τιμή	1,59
	N	59,00
	Τυπική απόκλιση	0,62
Διαζευγμένος/η	Μέση τιμή	2,04
	N	24,00
	Τυπική απόκλιση	0,55
Χήρος/α	Μέση τιμή	1,67
	N	12,00
	Τυπική απόκλιση	0,65

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας και της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υποστήριξης του

νοσοκομείου ($p = 0.001$). Ειδικότερα, οι άγαμοι και έγγαμοι αισθάνονται λιγότερο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υποστήριξης του νοσοκομείου, σε σύγκριση με τους χήρους και διαζευγμένους που αισθάνονται περισσότερο ικανοποιημένοι.

Πίνακας 30: Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υποστήριξης σε σύγκριση με οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος/η	Μέση τιμή	1,54
	N	78,00
	Τυπική απόκλιση	0,53
Άγαμος/η	Μέση τιμή	1,68
	N	59,00
	Τυπική απόκλιση	0,51
Διαζευγμένος/η	Μέση τιμή	1,71
	N	24,00
	Τυπική απόκλιση	0,55
Χήρος/α	Μέση τιμή	2,17
	N	12,00
	Τυπική απόκλιση	0,39

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας και το εάν επιθυμούν περισσότερη υποστήριξη σχετικά με την φροντίδα των ασθενών προσφύγων / ρομά ($p = 0.409$).

Πίνακας 31: Περισσότερη υποστήριξη σε σύγκριση με οικογενειακή κατάσταση

		Οικογενειακή κατάσταση			
		Έγγαμος/η	Άγαμος/η	Διαζευγμένος/η	Χήρος/α
Ναι	Αριθμός	54	48	19	9
	%	41,5%	36,9%	14,6%	6,9%
Όχι	Αριθμός	24	11	5	3
	%	55,8%	25,6%	11,6%	7,0%

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας και το εάν επιθυμούν περισσότερη εκπαίδευση σχετικά με την φροντίδα των ασθενών προσφύγων / ρομά ($p = 0.790$).

Πίνακας 32: Περισσότερη εκπαίδευση σε σύγκριση με οικογενειακή κατάσταση

		Οικογενειακή κατάσταση			
		Έγγαμος/η	Άγαμος/η	Διαζευγμένος/η	Χήρος/α
Ναι	Αριθμός	47	38	15	9
	%	43,1%	34,9%	13,8%	8,3%
Όχι	Αριθμός	31	21	9	3
	%	48,4%	32,8%	14,1%	4,7%

Επίπεδο εκπαίδευσης

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και της συχνότητας παρακολούθησης – επίσκεψης προσφύγων/ρομά ασθενών ($p = 0.001$). Συγκεκριμένα, όσο αυξάνει το επίπεδο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας μειώνεται και η συχνότητα που παρακολουθούν – φροντίζουν ασθενείς πρόσφυγες / ρομά.

Πίνακας 33: Συχνότητα παρακολούθησης – επίσκεψης προσφύγων/ρομά ασθενών σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης

Εκπαίδευση		
Υποχρεωτική	Μέση τιμή	4,00
	N	4,00
	Τυπική απόκλιση	0,00
Λύκειο	Μέση τιμή	3,82
	N	44,00
	Τυπική απόκλιση	0,81
ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μέση τιμή	3,80
	N	84,00
	Τυπική απόκλιση	0,80
Μεταπτυχιακό	Μέση τιμή	3,10
	N	41,00

	Τυπική απόκλιση	0,62
--	-----------------	------

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και της διατάραξης του κανονικού πρόγραμμα δουλεύοντας με πρόσφυγες/ρομά ασθενείς ($p = 0.001$). Ειδικότερα, όσο αυξάνει το επίπεδο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας μειώνεται και η αναφορά από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας ότι διαταράσσεται πιο συχνά το πρόγραμμα τους.

Πίνακας 34: Διατάραξη κανονικού πρόγραμμα δουλεύοντας με πρόσφυγες/ρομά ασθενείς σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης

Εκπαίδευση		
Υποχρεωτική	Μέση τιμή	3,50
	N	4,00
	Τυπική απόκλιση	0,58
Λύκειο	Μέση τιμή	3,27
	N	44,00
	Τυπική απόκλιση	0,66
ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μέση τιμή	3,19
	N	84,00
	Τυπική απόκλιση	0,63
Μεταπτυχιακό	Μέση τιμή	2,34
	N	41,00
	Τυπική απόκλιση	0,82

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και του αισθήματος σιγουριάς από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας ως προς την αντιμετώπιση των ιατρικών θεμάτων παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς ($p = 0.001$). Συγκεκριμένα όσο αυξάνει το επίπεδο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας αυξάνει και το αίσθημα σιγουριάς ως προς την αντιμετώπιση των ιατρικών θεμάτων.

Πίνακας 35: Αίσθημα σιγουριάς αντιμετωπίζοντας ιατρικά θέματα που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης

Εκπαίδευση		
Υποχρεωτική	Μέση τιμή	1,50

	N	4,00
	Τυπική απόκλιση	0,58
Λύκειο	Μέση τιμή	1,91
	N	44,00
	Τυπική απόκλιση	0,36
ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μέση τιμή	1,81
	N	84,00
	Τυπική απόκλιση	0,50
Μεταπτυχιακό	Μέση τιμή	2,37
	N	41,00
	Τυπική απόκλιση	0,62

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και του αισθήματος σιγουριάς από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας ως προς την αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς ($p = 0.013$). Συγκεκριμένα άτομα με υποχρεωτική εκπαίδευση και εκείνα με μεταπτυχιακό νιώθουν περισσότερη σιγουριά ως προς την αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων, σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει Λύκειο ή και ΑΕΙ/ΤΕΙ που νιώθουν λιγότερη σιγουριά.

Πίνακας 36: Αίσθημα σιγουριάς αντιμετωπίζοντας ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης

Εκπαίδευση		
Υποχρεωτική	Μέση τιμή	2,00
	N	4,00
	Τυπική απόκλιση	0,00
Λύκειο	Μέση τιμή	1,64
	N	44,00
	Τυπική απόκλιση	0,53
ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μέση τιμή	1,64
	N	84,00
	Τυπική απόκλιση	0,61
Μεταπτυχιακό	Μέση τιμή	2,00
	N	41,00
	Τυπική απόκλιση	0,74

Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υποστήριξης του νοσοκομείου ($p = 0.016$). Συγκεκριμένα, όσο αυξάνει το επίπεδο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας αυξάνει και η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υποστήριξης του νοσοκομείου.

Πίνακας 37: Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υποστήριξης σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης

Εκπαίδευση		
Υποχρεωτική	Μέση τιμή	1,50
	N	4,00
	Τυπική απόκλιση	0,58
Λύκειο	Μέση τιμή	1,64
	N	44,00
	Τυπική απόκλιση	0,53
ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μέση τιμή	1,56
	N	84,00
	Τυπική απόκλιση	0,50
Μεταπτυχιακό	Μέση τιμή	1,88
	N	41,00
	Τυπική απόκλιση	0,56

Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και το εάν επιθυμούν περισσότερη υποστήριξη σχετικά με την φροντίδα των ασθενών προσφύγων / ρομά ($p = 0.030$). Ειδικότερα τα άτομα με που έχουν αποφοιτήσει από Λύκειο ή και ΑΕΙ/ΤΕΙ επιθυμούν περισσότερη υποστήριξη σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν αποφοιτήσει από την υποχρεωτική εκπαίδευση ή έχουν μεταπτυχιακό.

Πίνακας 38: Περισσότερη υποστήριξη σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης

		Εκπαίδευση			
		Υποχρεωτική	Λύκειο	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μεταπτυχιακό
Ναι	Αριθμός	2	38	65	25

	%	1,5%	29,2%	50,0%	19,2%
Όχι	Αριθμός	2	6	19	16
	%	4,7%	14,0%	44,2%	37,2%

Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και το εάν επιθυμούν περισσότερη εκπαίδευση σχετικά με την φροντίδα των ασθενών προσφύγων / ρομά ($p = 0.025$). Ειδικότερα τα άτομα με που έχουν αποφοιτήσει από Λύκειο ή και ΑΕΙ/ΤΕΙ επιθυμούν περισσότερη εκπαίδευση σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν αποφοιτήσει από την υποχρεωτική εκπαίδευση ή έχουν μεταπτυχιακό.

Πίνακας 39: Περισσότερη εκπαίδευση σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης

		Εκπαίδευση			
		Υποχρεωτική	Λύκειο	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μεταπτυχιακό
Ναι	Αριθμός	2	32	57	18
	%	1,8%	29,4%	52,3%	16,5%
Όχι	Αριθμός	2	12	27	23
	%	3,1%	18,8%	42,2%	35,9%

Έτη προϋπηρεσίας

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας των επαγγελματιών υγείας και της συχνότητας παρακολούθησης – επίσκεψης προσφυγών/ρομά ασθενών ($p = 0.432$).

Πίνακας 40: Συχνότητα παρακολούθησης – επίσκεψης προσφυγών/ρομά ασθενών σε σύγκριση με χρόνια προϋπηρεσίας

Χρόνια Προϋπηρεσίας		
1 έως 5	Μέση τιμή	3,62
	N	29,00
	Τυπική απόκλιση	0,78
6 έως 10	Μέση τιμή	3,81
	N	36,00
	Τυπική απόκλιση	0,62
11 έως 20	Μέση τιμή	3,65

	N	66,00
	Τυπική απόκλιση	0,94
21 και άνω	Μέση τιμή	3,50
	N	42,00
	Τυπική απόκλιση	0,77

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας των επαγγελματιών υγείας και της διατάραξης του κανονικού πρόγραμμα δουλεύοντας με πρόσφυγες/ρομά ασθενείς ($p = 0.001$). Συγκεκριμένα, όσο αυξάνουν τα έτη προϋπηρεσίας, μειώνεται η αναφορά ότι διαταράσσεται το πρόγραμμα των επαγγελματιών υγείας δουλεύοντας με πρόσφυγες/ρομά ασθενείς.

Πίνακας 41: Διατάραξη κανονικού πρόγραμμα δουλεύοντας με πρόσφυγες/ρομά ασθενείς σε σύγκριση με χρόνια προϋπηρεσίας

Χρόνια Προϋπηρεσίας		
1 έως 5	Μέση τιμή	3,38
	N	29,00
	Τυπική απόκλιση	0,73
6 έως 10	Μέση τιμή	3,31
	N	36,00
	Τυπική απόκλιση	0,62
11 έως 20	Μέση τιμή	3,06
	N	66,00
	Τυπική απόκλιση	0,72
21 και άνω	Μέση τιμή	2,45
	N	42,00
	Τυπική απόκλιση	0,74

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας των επαγγελματιών υγείας και του αισθήματος σιγουριάς από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας ως προς την αντιμετώπιση των ιατρικών θεμάτων που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς ($p = 0.001$). Όσο αυξάνουν τα έτη προϋπηρεσίας, αυξάνει και το αίσθημα σιγουριάς ως προς την αντιμετώπιση των ιατρικών θεμάτων που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς.

Πίνακας 42: Αίσθημα σιγουριάς αντιμετωπίζοντας ιατρικά θέματα που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς σε σύγκριση με χρόνια προϋπηρεσίας

Χρόνια Προϋπηρεσίας		
1 έως 5	Μέση τιμή	1,69
	N	29,00
	Τυπική απόκλιση	0,54
6 έως 10	Μέση τιμή	1,97
	N	36,00
	Τυπική απόκλιση	0,38
11 έως 20	Μέση τιμή	1,82
	N	66,00
	Τυπική απόκλιση	0,52
21 και άνω	Μέση τιμή	2,36
	N	42,00
	Τυπική απόκλιση	0,53

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας των επαγγελματιών υγείας και του αισθήματος σιγουριάς από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας ως προς την αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς ($p = 0.001$). Όσο αυξάνουν τα έτη προϋπηρεσίας, αυξάνει και το αίσθημα σιγουριάς.

Πίνακας 43: Αίσθημα σιγουριάς αντιμετωπίζοντας ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς σε σύγκριση με χρόνια προϋπηρεσίας

Χρόνια Προϋπηρεσίας		
1 έως 5	Μέση τιμή	1,45
	N	29,00
	Τυπική απόκλιση	0,57
6 έως 10	Μέση τιμή	1,86
	N	36,00
	Τυπική απόκλιση	0,59
11 έως 20	Μέση τιμή	1,61
	N	66,00
	Τυπική απόκλιση	0,52
21 και άνω	Μέση τιμή	2,02
	N	42,00

	Τυπική απόκλιση	0,75
--	-----------------	------

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας των επαγγελματιών υγείας και της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υποστήριξης του νοσοκομείου ($p = 0.001$). Όσο αυξάνουν τα έτη προϋπηρεσίας, αυξάνει και η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υποστήριξης.

Πίνακας 44: Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υποστήριξης σε σύγκριση με χρόνια προϋπηρεσίας

Χρόνια Προϋπηρεσίας		
1 έως 5	Μέση τιμή	1,69
	N	29,00
	Τυπική απόκλιση	0,54
6 έως 10	Μέση τιμή	1,67
	N	36,00
	Τυπική απόκλιση	0,53
11 έως 20	Μέση τιμή	1,45
	N	66,00
	Τυπική απόκλιση	0,53
21 και άνω	Μέση τιμή	1,93
	N	42,00
	Τυπική απόκλιση	0,41

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας των επαγγελματιών υγείας και το εάν επιθυμούν περισσότερη υποστήριξη σχετικά με την φροντίδα των ασθενών προσφύγων / ρομά ($p = 0.014$). Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας με 6 έως 10 και 11 έως 20 έτη προϋπηρεσίας επιθυμούν περισσότερη υποστήριξη, σε σύγκριση με τους επαγγελματίες υγείας που έχουν 1 έως 5 και 21 και άνω προϋπηρεσίας.

Πίνακας 45: Περισσότερη υποστήριξη σε σύγκριση με χρόνια προϋπηρεσίας

		Χρόνια Προϋπηρεσίας			
		1 έως 5	6 έως 10	11 έως 20	21 και άνω
Ναι	Αριθμός	24	27	55	24

	%	18,5%	20,8%	42,3%	18,5%
Όχι	Αριθμός	5	9	11	18
	%	11,6%	20,9%	25,6%	41,9%

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας των επαγγελματιών υγείας και το εάν επιθυμούν περισσότερη εκπαίδευση σχετικά με την φροντίδα των ασθενών προσφύγων / ρομά ($p = 0.055$).

Πίνακας 46: Περισσότερη εκπαίδευση σε σύγκριση με χρόνια προϋπηρεσίας

		Χρόνια Προϋπηρεσίας			
		1 έως 5	6 έως 10	11 έως 20	21 και άνω
Ναι	Αριθμός	20	17	48	24
	%	18,3%	15,6%	44,0%	22,0%
Όχι	Αριθμός	9	19	18	18
	%	14,1%	29,7%	28,1%	28,1%

Τομέας εργασίας

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του τομέα εργασίας των επαγγελματιών υγείας και της συχνότητας παρακολούθησης – επίσκεψης προσφύγων/ρομά ασθενών ($p = 0.796$).

Πίνακας 47: Συχνότητα παρακολούθησης – επίσκεψης προσφύγων/ρομά ασθενών σε σύγκριση με τομέα εργασία

Τομέας Εργασίας		
Ιατρός	Μέση τιμή	3,70
	N	54,00
	Τυπική απόκλιση	0,88
Νοσηλεύτης/τρια	Μέση τιμή	3,62
	N	103,00
	Τυπική απόκλιση	0,78
Παραϊατρικό / επιστημονικό Προσωπικό	Μέση τιμή	3,56
	N	16,00
	Τυπική	0,81

	απόκλιση	
--	----------	--

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του τομέα εργασίας των επαγγελματιών υγείας και της διατάραξης του κανονικού πρόγραμμα δουλεύοντας με πρόσφυγες/ρομά ασθενείς ($p = 0.015$). Ειδικότερα, οι ιατροί αναφέρουν ότι δουλεύοντας με τους πρόσφυγες/ρομά ασθενείς το πρόγραμμα διαταράσσεται μερικές φορές ή σπάνια, ενώ αντίθετα οι νοσηλευτές και το παραϊατρικό επιστημονικό προσωπικό αναφέρουν συχνά ή μερικές φορές.

Πίνακας 48: Διατάραξη κανονικού πρόγραμμα δουλεύοντας με πρόσφυγες/ρομά ασθενείς σε σύγκριση με τομέα εργασία

Τομέας Εργασίας		
Ιατρός	Μέση τιμή	2,80
	N	54,00
	Τυπική απόκλιση	0,79
Νοσηλευτής/τρια	Μέση τιμή	3,08
	N	103,00
	Τυπική απόκλιση	0,72
Παραϊατρικό / επιστημονικό Προσωπικό	Μέση τιμή	3,38
	N	16,00
	Τυπική απόκλιση	0,96

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του τομέα εργασίας των επαγγελματιών υγείας και του αισθήματος σιγουριάς από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας ως προς την αντιμετώπιση των ιατρικών θεμάτων που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς ($p = 0.001$). Ειδικότερα, οι ιατροί νιώθουν πιο σίγουροι ως την αντιμετώπιση των ιατρικών θεμάτων, σε σύγκριση με τους νοσηλευτές και το παραϊατρικό επιστημονικό προσωπικό.

Πίνακας 49: Αίσθημα σιγουριάς αντιμετωπίζοντας ιατρικά θέματα που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς σε σύγκριση με τομέα εργασία

Τομέας Εργασίας		
Ιατρός	Μέση τιμή	2,26
	N	54,00

	Τυπική απόκλιση	0,56
Νοσηλεύτης/τρια	Μέση τιμή	1,82
	N	103,00
	Τυπική απόκλιση	0,50
Παραϊατρικό / επιστημονικό Προσωπικό	Μέση τιμή	1,88
	N	16,00
	Τυπική απόκλιση	0,50

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του τομέα εργασίας των επαγγελματιών υγείας και του αισθήματος σιγουριάς από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας ως προς την αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς ($p = 0.030$). Ειδικότερα, οι ιατροί νιώθουν πιο σίγουροι ως την αντιμετώπιση των ιατρικών θεμάτων, σε σύγκριση με τους νοσηλευτές και το παραϊατρικό επιστημονικό προσωπικό.

Πίνακας 50: Αίσθημα σιγουριάς αντιμετωπίζοντας ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά ασθενείς σε σύγκριση με τομέα εργασία

Τομέας Εργασίας		
Ιατρός	Μέση τιμή	1,91
	N	54,00
	Τυπική απόκλιση	0,71
Νοσηλεύτης/τρια	Μέση τιμή	1,63
	N	103,00
	Τυπική απόκλιση	0,59
Παραϊατρικό / επιστημονικό Προσωπικό	Μέση τιμή	1,81
	N	16,00
	Τυπική απόκλιση	0,54

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του τομέα εργασίας των επαγγελματιών υγείας και της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υποστήριξης του νοσοκομείου ($p = 0.007$). Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές και το παραϊατρικό επιστημονικό προσωπικό νιώθουν λιγότερη ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υποστήριξης, σε σύγκριση με τους ιατρούς.

Πίνακας 51: Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υποστήριξης σε σύγκριση με τομέα εργασία

Τομέας Εργασίας		
Ιατρός	Μέση τιμή	1,83
	N	54,00
	Τυπική απόκλιση	0,38
Νοσηλεύτης/τρια	Μέση τιμή	1,55
	N	103,00
	Τυπική απόκλιση	0,56
Παραϊατρικό / επιστημονικό Προσωπικό	Μέση τιμή	1,69
	N	16,00
	Τυπική απόκλιση	0,70

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του τομέα εργασίας των επαγγελματιών υγείας και το εάν επιθυμούν περισσότερη υποστήριξη σχετικά με την φροντίδα των ασθενών προσφύγων / ρομά ($p = 0.152$).

Πίνακας 52: Περισσότερη υποστήριξη σε σύγκριση με τομέα εργασία

		Τομέας Εργασίας		
		Ιατρός	Νοσηλεύτης/τρια	Παραϊατρικό / επιστημονικό Προσωπικό
Ναι	Αριθμός	40	81	9
	%	30,8%	62,3%	6,9%
Όχι	Αριθμός	14	22	7
	%	32,6%	51,2%	16,3%

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ του τομέα εργασίας των επαγγελματιών υγείας και το εάν επιθυμούν περισσότερη εκπαίδευση σχετικά με την φροντίδα των ασθενών προσφύγων / ρομά ($p = 0.001$). Συγκεκριμένα, το 69,7% των νοσηλευτών αναφέρουν ότι επιθυμούν περισσότερη εκπαίδευση σε σύγκριση με το 26,6% των ιατρών και το 3,7% του παραϊατρικού και επιστημονικού προσωπικού.

Πίνακας 53: Περισσότερη εκπαίδευση σε σύγκριση με τομέα εργασία

		Τομέας Εργασίας		
		Ιατρός	Νοσηλεύτης/τρια	Παραϊατρικό / επιστημονικό Προσωπικό
Ναι	Αριθμός	29	76	4
	%	26,6%	69,7%	3,7%
Όχι	Αριθμός	25	27	12
	%	39,1%	42,2%	18,8%

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν να διερευνήσει τις απόψεις και τις στάσεις του υγειονομικού προσωπικού απέναντι στις ιδιαιτερότητες της παροχής φροντίδας σε πρόσφυγες και ρομά / τσιγγάνους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε ότι μια φορά το μήνα παρακολουθεί ή την επισκέπτονται προσφυγές ασθενείς η ρομά, ωστόσο υψηλό ποσοστό απάντησε μια φορά την εβδομάδα. Επίσης, οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι μερικές φορές έχουν παρατηρήσει ότι δουλεύοντας με τους πρόσφυγες διαταράσσεται το κανονικό πρόγραμμα του. Σημαντικό είναι το εύρημα ότι επαγγελματίες υγείας νιώθουν σίγουροι αντιμετωπίζοντας ιατρικά θέματα και ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά. Επιπλέον, το δείγμα δήλωσε ικανοποιημένο με τις υπηρεσίες υποστήριξης και επιθυμούν περισσότερη υποστήριξη και εκπαίδευση σχετικά με την παροχή φροντίδας υγείας των προσφύγων/ρομά.

Όσον αφορά τα κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά διαφορές βρέθηκαν μεταξύ των απόψεων και στάσεων των επαγγελματιών υγείας και της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης, του επίπεδου εκπαίδευσης, των ετών προϋπηρεσίας και του τομέα εργασίας.

Στα ανωτέρω αποτελέσματα συμφωνεί και η διεθνής βιβλιογραφία. Συγκεκριμένα σχετικά με το αίσθημα σιγουριάς για την αντιμετώπιση ιατρικών θεμάτων και ψυχολογικών προβλημάτων που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά, αντίστοιχη έρευνα των Duncan και συν. (2013) αναφέρει ότι το 50% των επαγγελματιών υγείας ένιωθε σιγουριά για την αντιμετώπιση ιατρικών θεμάτων και λιγότερο σιγουριά για τα ψυχολογικά προβλήματα. Από την άλλη πλευρά, άλλες έρευνες (Clark και Mytton 2007, Keygnaert και συν. 2012, Kalt και συν. 2013) αναφέρουν ότι οι επαγγελματίες υγείας που αντιμετωπίζουν πολύπλοκα σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο δεν είναι πάντα έτοιμοι να ανταποκριθούν στις ανάγκες τους.

Ως προς την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υποστήριξης που είναι διαθέσιμες για να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα των προσφύγων/ρομά, στην μελέτη των Duncan και συν. (2013) το 80% ήταν ευχαριστημένο με τις διαθέσιμες υπηρεσίες υποστήριξης. Ακόμη, στην έρευνα των Robertshaw και συν. (2017) αναφέρθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας επιζητούσαν ευκαιρίες για βελτίωση της φροντίδας, σε συνεργασία και υποστήριξη με άλλες υπηρεσίες υγείας και την κοινωνία των πολιτών. Ο

προσδιορισμός αυτών των οργανώσεων και πιθανών τομέων συνεργασίας, όπως η ανταλλαγή πληροφοριών, οι τρόποι παραπομπής και η παράδοση κοινών υπηρεσιών, μπορεί να ωφελήσουν τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, τους επαγγελματίες υγείας και τελικά τους χρήστες των υπηρεσιών.

Όσον αφορά την επιθυμία για περισσότερη υποστήριξη και εκπαίδευση για με την παροχή φροντίδας υγείας των προσφύγων/ρομά, η έρευνα των Duncan και συν. (2013) αναφέρει ότι η πλειοψηφία έδειξε έντονη επιθυμία για υποστήριξη και εκπαίδευση σε αυτόν τον τομέα. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα της έρευνας των Robertshaw και συν. (2017) όπου επισημάνθηκε ότι επαγγελματίες υγείας επιθυμούν κατάρτιση και επαγγελματική υποστήριξη για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης των προσφύγων.

Επίσης, τα γλωσσικά και πολιτιστικά εμπόδια αναφέρθηκαν ως τα πιο συνηθισμένα ζητήματα που έθεσαν οι συμμετέχοντες και ότι αυτά επιφέρουν κοινωνικούς φραγμούς. Σε αυτό συνάδει και η έρευνα των Asgary και συν. 2011, Harper και McCourt 2002. Η σημασία αυτών των κοινωνικών εμποδίων και των συστημικών φραγμών επηρεάζουν την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη των προσφύγων /ρομά ασθενών όπως αναφέρει και η έρευνα των McKeary και Newbold (2010).

Συμπερασματικά, πολλοί άνθρωποι εξακολουθούν να εκτοπίζονται εξαιτίας συγκρούσεων και διώξεων, αναζητώντας καταφύγιο σε χώρες υψηλού εισοδήματος. Οι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υγειονομική περίθαλψη στους πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο αντιμετωπίζουν μια σειρά προκλήσεων, όπως η αντιμετώπιση των ιατρικών και ψυχολογικών θεμάτων των ασθενών προσφύγων/ρομά, οι υπηρεσίες υποστήριξης που είναι διαθέσιμες από το σύστημα υγείας προκειμένου να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα αυτά και η εξειδικευμένη εκπαίδευση και κατάρτιση στην φροντίδα υγείας των ασθενών προσφύγων/ρομά.

Προτάσεις

Ο στόχος της βελτίωσης της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης των προσφύγων είναι πολύπλευρος και έτσι έχει αυξηθεί η ανάγκη δημιουργίας οργανισμών επικεντρωμένων στην

αντιμετώπιση των φραγμών πρόσβασης στην υγεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες των προσφύγων /ρομά (Edward & Hines-Martin, 2014).

Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να διαθέτουν επαρκείς πόρους για την αντιμετώπιση των πολύπλοκων αναγκών των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο. Αυτό θα πρέπει να περιλαμβάνει την παροχή της κατάλληλης εκπαίδευσης σε τομείς πολιτιστικής επάρκειας, πολιτικές ασύλου και τις διαδικασίες και συνθήκες υγείας. Συνιστάται να αναπτυχθούν ειδικές κλινικές κατευθυντήριες γραμμές για την παροχή φροντίδα για τους πρόσφυγες, αξιοποιώντας τις καλύτερες διαθέσιμες ενδείξεις.

Περαιτέρω πρέπει να παρέχεται επαγγελματική υποστήριξη σε εκείνους που εργάζονται με ασθενείς που παρουσιάζουν πολύπλοκες ψυχολογικές και κοινωνικές δυσκολίες. Πρέπει να υπάρχουν διαθέσιμες και ενημερωμένες πληροφορίες σχετικά με τις ανάγκες των προσφύγων και άλλα διαθέσιμες υπηρεσίες για παραπομπή και συνεργασία. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εξασφαλίσουν ότι διατίθεται επαρκής χρόνος για εξέταση των προσφύγων προκειμένου να αφήσουν χώρο για την οικοδόμηση εμπιστοσύνης, επικοινωνίας και πολιτιστικής κατανόησης.

Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής στον τομέα της υγείας πρέπει αναγνωρίζουν τις πολύπλοκες ανάγκες των προσφύγων και να προσφέρουν ενισχυμένους πόρους για την ποιοτική και δίκαιη παροχή υπηρεσιών. Επίσης, η χρηματοδότηση θα επιτρέψει στους επαγγελματίες υγείας να δαπανήσουν τα απαραίτητα για να ακολουθηθούν οι βέλτιστες πρακτικές.

Όσον αφορά το πληθυσμό των ρομά, υπάρχει ανάγκη να εξεταστεί περαιτέρω ο τρόπος με τον οποίο τα συγκεκριμένα εμπόδια επηρεάζουν τη χρήση διαφορετικών τύπων φροντίδας στους ρομά. Οι διαθέσιμες μελέτες υποδεικνύουν ότι οι ρομά κάνουν υπερβολική χρήση της επείγουσας περίθαλψης και της χρήσης υπηρεσιών πρόληψης όπως υποχρεωτική ανοσοποίηση για παιδιά (Fundacio'n Secretariado Gitano 2009). Επιπλέον, απαιτούνται μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας σχετικά με την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη των ρομά.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Alkahtani S, Cherrill J, Millward C, Grayson K, Hilliam R, Sammons H et al. Access to medicines by child refugees in the East Midlands region of England: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2014;4(12):e006421.

- Allotey P. *The health of refugees: public health perspectives from crisis to settlement*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
- Amara AH, Aljunid SM. Noncommunicable diseases among urban refugees and asylum-seekers in developing countries: a neglected health care need. *Global Health* 2014;10:24.
- Amnesty International, Trapped in Greece: An Avoidable Refugee Crisis. 2016.
- Anagnostopoulos, D.; Vlassopoulou, M.; Rotsika, V.; Pehlivanidou, H.; Legaki, L.; Rogakou, E.; Lazaratou, H. Psychopathology and mental health service utilization by immigrants' children and their families. *Transcult. Psychiatry* 2004, 41, 465–486.
- Anagnostopoulos, D.C.; Giannakopoulos, G.; Christodoulou, N.G. The synergy of the refugee crisis and the financial crisis in Greece: Impact on mental health. *Int. J. Soc. Psychiatry* 2017, 63, 352–358.
- Anagnostopoulos, D.C.; Triantafyllou, K.; Xylouris, G.; Bakatsellos, J.; Giannakopoulos, G. Migration mental health issues in Europe: The case of Greece. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2016, 25, 119–122.
- Aptekman M, Rashid M, Wright V, *et al.* Unmet contraceptive needs among refugees. *Can Fam Physician* 2014;60:e613–9.
- Arsenijevic, J.; Schillberg, E.; Ponthieu, A.; Malvisi, L.; Ahmed, W.A.E.; Argenziano, S.; Zamatto, F.; Burroughs, S.; Severy, N.; Hebbing, C.; *et al.* A crisis of protection and safe passage: Violence experienced by migrants/refugees travelling along the Western Balkan corridor to Northern Europe. *Confl. Health* 2017, 11, 6.
- Asgary R, Segar N. Barriers to health care access among refugee asylum seekers. *J Health Care Poor Underserved* 2011;22:506–22.
- Aspinall P. *Hidden needs. identifying key vulnerable groups in data collections: vulnerable Migrants, Gypsies and Travellers, Homeless People, and sex workers*. Inclusion Health, 2014.
- Barnett-Page E, Thomas J. Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. *BMC Med Res Methodol* 2009;9:1.
- Başoğlu M, Ekblad S, Bøðrnhielm S, Livanou M. Cognitive-behavioral treatment of tortured asylum seekers: a case study. *J Anxiety Disord*. 2004;18(3):357–69.
- Begg H, Gill PS. Views of general practitioners towards refugees and asylum seekers: an

- interview study. *Diversity Health Soc Care* 2005;2:299–305.
- Ben Farhat, J.; Blanchet, K.; Juul Bjertrup, P.; Veizis, A.; Perrin, C.; Coulborn, R.M.; Mayaud, P.; Cohuet, S. Syrian refugees in Greece: Experience with violence, mental health status, and access to information during the journey and while in Greece. *BMC Med.* 2018, *16*, 40.
- Bennett S, Scammell J. Midwives caring for asylum-seeking women: research findings. *Pract Midwife* 2014;17:9–12.
- Bhatia R, Wallace P. Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2007;8:48.
- Bischoff A, Bovier PA, Isah R, Françoise G, Ariel E, Louis L. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Soc Sci Med.* 2003;57(3):503–12.
- Blitz, B.K.; d’Angelo, A.; Kofman, E.; Montagna, N. Health Challenges in Refugee Reception: Dateline Europe 2016. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2017, *14*, 1484.
- Bloch, A. *Refugees’ Opportunities and Barriers in Employment and Training*; Corporate Document Services: Leeds, UK, 2002.
- Bozorgmehr, K.; Samuilova, M.; Petrova-Benedict, R.; Girardi, E.; Piselli, P.; Kentikelenis, A. Infectious disease health services for refugees and asylum seekers during a time of crisis: A scoping study of six European Union countries. *Health Policy* 2018.
- Burchill J, Pevalin DJ. Demonstrating cultural competence within health-visiting practice: working with refugee and asylum-seeking families. *Divers Equal Health Care* 2014;11:151–9.
- Burchill J. Safeguarding vulnerable families: work with refugees and asylum seekers. *Community Pract* 2011;84:23–6.
- Burke M. The perceived experiences of primary healthcare professionals in Ireland: interprofessional teamwork in practice. *Doctoral dissertation* 2016.
- Burnett A, Peel M. Asylum seekers and refugees in Britain: health needs of asylum seekers and refugees. *BMJ.* 2001;322:544–7.
- Carolan M, Cassar L. Pregnancy care for African refugee women in Australia: attendance

- at antenatal appointments. *Evid Based Midwifery* 2007;5:54–8.
- Cheng I-H, Drillich A, Schattner P. Refugee experiences of general practice in countries of resettlement: a literature review. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2015;65(632):e171–6.
- Christodoulou, G.N.; Abou-Saleh, M.T. Greece and the refugee crisis: Mental health context. *BJPsych Int.* 2016, 13, 89–91.
- Clark RC, Mytton J. Estimating infectious disease in UK asylum seekers and refugees: a systematic review of prevalence studies. *J Public Health* 2007;29:420–8.
- Clinton-Davis L, Fassil Y. Health and social problems of refugees. *Soc Sci Med.* 1992;35(4):507–13.
- Cohen J. Safe in our hands?: A study of suicide and self-harm in asylum seekers. *J Forensic Leg Med.* 2008;15(4):235–44.
- Cooke A, Smith D, Booth A. Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qual Health Res* 2012;22:1435–43.
- Cortes, K. Are refugees different from economic immigrants? Some empirical evidence on the heterogeneity of immigrant groups in the United States. *Rev. Econ. Stat.* 2004, 86, 465–480.
- Crowley P. The mental health needs of adult asylum seekers in Newcastle upon Tyne. *J Public Ment Health* 2005;4:17–23.
- Damon, A. *The Teenage Refugees Selling Sex on Athens Streets*; Cable News Network; CNN: Atlanta, GA, USA, 2016.
- Daniel M, Devine C, Gillespie R, et al. *Helping new refugees integrate into the UK: baseline data analysis from the survey of New Refugees.* UK Border Agency, 2010.
- Dara, M.; Solovic, I.; Sotgiu, G.; D’Ambrosio, L.; Centis, R.; Tran, R.; Goletti, D.; Duarte, R.; Aliberti, S.; de Benedictis, F.M.; et al. Tuberculosis care among refugees arriving in Europe: A ERS/WHO Europe Region survey of current practices. *Eur. Respir. J.* 2016, 48, 808–817.
- De Paoli, L. Access to health services for the refugee community in Greece: Lessons learned. *Public Health* 2018, 157, 104–106.

- Derluyn I, Mels C, Broekaert E. Mental health problems in separated refugee adolescents. *J Adolesc Health*. 2009;44(3):291–7.
- Digidiki, V. *A Harsh New Reality: Transactional Sex among Refugee Minors as a Means of Survival in Greece*; FXB Center for Health and Human Rights, Harvard University: Boston, MA, USA, 2016.
- Digidiki, V.; Bhabha, J. *Emergency within an Emergency: The Growing Epidemic of Sexual Abuse and Exploitation of Migrant Children in Greece*; FXB Center for Health and Human Rights at Harvard University: Boston, MA, USA, 2017; pp. 22–26.
- Dixon-Woods M, *et al*. How can systematic reviews incorporate qualitative research? A critical perspective. *Qualitative Research* 2006;6:27–44.
- Drennan VM, Joseph J. Health visiting and refugee families: issues in professional practice. *J Adv Nurs* 2005;49:155–63.
- Duncan, G., Harding, C., Gilmour, A., & Seal, A. (2013). GP and registrar involvement in refugee health: a needs assessment. *Australian family physician*, 42(6), 405.
- EKKA; National Center for Social Solidarity. Situation Update: Unaccompanied Children in Greece.
- Eonomopoulou, A.; Pavli, A.; Stasinopoulou, P.; Giannopoulos, L.A.; Tsiodras, S. Migrant screening: Lessons learned from the migrant holding level at the Greek-Turkish borders. *J. Infect. Public Health* 2017, 10, 177–184.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Technical Document on Implementing Syndromic Surveillance in Migrant Reception/Detention Centres and Other Refugee Settings. 2016.
- European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC Technical Document: Infectious Diseases of Specific Relevance to Newly-Arrived Migrants in the EU/EEA. Stockholm. 2015.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Epidemiological Update: Measles among Asylum Seekers in Germany, 2016.
- Evlampidou, I. Refugee Crisis in Europe: Health Status, Life Experiences and Mental Health Problems of Transiting Refugees and Migrants on the Balkan Route in 2015.
- Fabiani, M.; Riccardo, F.; Di Napoli, A.; Gargiulo, L.; Declich, S.; Petrelli, A.

- Differences in influenza vaccination coverage between adult immigrants and Italian citizens at risk for influenza-related complications: A cross-sectional study. *PLoS ONE* 2016, *11*, e0166517.
- Farley R, Askew D, Kay M. Caring for refugees in general practice: perspectives from the coalface. *Aust J Prim Health* 2014;20:85–91.
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005;365:1309–14.
- Fazel, M.; Reed, R.V.; Panter-Brick, C.; Stein, A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: Risk and protective factors. *Lancet* 2012, *379*, 266–282.
- Feldmann CT, Bensing JM, de Ruijter A. Worries are the mother of many diseases: general practitioners and refugees in the Netherlands on stress, being ill and prejudice. *Patient Educ Couns* 2007;65:369–80.
- Fingeld-Connett D. Generalizability and transferability of meta-synthesis research findings. *J Adv Nurs* 2010;66:246–54.
- Freccero, J.; Biswas, D.; Whiting, A.; Alrabe, K.; Seelinger, K.T. Sexual exploitation of unaccompanied migrant and refugee boys in Greece: Approaches to prevention. *PLoS Med.* 2017, *14*, e1002438.
- Furler J, Kokanovic R, Dowrick C, et al. Managing depression among ethnic communities: a qualitative study. *Ann Fam Med* 2010;8:231–6.
- Georgakopoulou, T.; Mandilara, G.; Mellou, K.; Tryfinopoulou, K.; Chrisostomou, A.; Lillakou, H.; Hadjichristodoulou, C.; Vatopoulos, A. Resistant Shigella strains in refugees, August–October 2015, Greece. *Epidemiol. Infect.* 2016, *144*, 2415–2419.
- Gerritsen AA, Bramsen I, Devillt W, van Willigen LH, Hovens JE, van der Ploeg HM. Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41(1):18–26.
- Giambi, C.; Del Manso, M.; Dalla Zuanna, T.; Riccardo, F.; Bella, A.; Caporali, M.G.; Baka, A.; Caks-Jager, N.; Melillo, T.; Mexia, R.; et al. National immunization strategies targeting migrants in six European countries. *Vaccine* 2018.
- Giannakopoulos, G.; Anagnostopoulos, D.C. Child health, the refugees crisis, and economic

- recession in Greece. *Lancet* 2016, 387, 1271.
- Grammatikopoulou, M.G.; Theodoridis, X.; Poulimeneas, D.; Maraki, M.I.; Gkiouras, K.; Tirodimos, I.; Dardavessis, T.; Chourdakis, M. Malnutrition surveillance among refugee children living in reception centres in Greece: A pilot study. *Int. Health* 2018.
- Gray, B.H.; van Ginneken, E. Health care for undocumented migrants: European approaches. *Issue Brief* 2012, 33, 1–12.
- Griffiths R, Emrys E, Finney Lamb C, *et al.* Operation Safe Haven: the needs of nurses caring for refugees. *Int J Nurs Pract* 2003;9:183–90.
- Haas, E.J.; Dukhan, L.; Goldstein, L.; Lyandres, M.; Gdalevich, M. Use of vaccination in a large outbreak of primary varicella in a detention setting for African immigrants. *Int. Health* 2014, 6, 203–207.
- Hacker K, Anies M, Folb BL, *et al.* Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk Manag Healthc Policy* 2015;8:175–83.
- Harden A, Garcia J, Oliver S, *et al.* Applying systematic review methods to studies of people's views: an example from public health research. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:794–800.
- Harper BK, McCourt C. Somali refugee women's experiences of maternity care in west London: a case study. *Crit Publ Health* 2002;12:365–80.
- Hémono, R.; Relyea, B.; Scott, J.; Khaddaj, S.; Douka, A.; Wringe, A. “*The needs have clearly evolved as time has gone on*”: A qualitative study to explore stakeholders' perspectives on the health needs of Syrian refugees in Greece following the 2016 European Union-Turkey agreement. *Confl. Health* 2018, 12, 24.
- Hermans, M.P.; Kooistra, J.; Cannegieter, S.C.; Rosendaal, F.R.; Mook-Kanamori, D.O.; Nemeth, B. Healthcare and disease burden among refugees in long-stay refugee camps at Lesbos, Greece. *Eur. J. Epidemiol.* 2017, 32, 851–854.
- Hodes, M.; Anagnostopoulos, D.S.; Kokauskas, N. Challenges and opportunities in refugee mental health: Clinical, service, and research considerations. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2018, 27, 385–388.
- Hodes, M.; Vasquez, M.M.; Anagnostopoulos, D.; Triantafyllou, K.; Abdelhady, D.; Weiss, K.; Kuposov, R.; Cuhadaroglu, F.; Hebebrand, J.; Skokauskas, N. Refugees in Europe: National overviews from key countries with a special focus on child and adolescent

- mental health. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2018, 27, 389–399.
- Holloway I. *Qualitative research in Nursing and Healthcare*. Somerset: Wiley, 2013.
- International Organization for Migration; World Health Organization. Tuberculosis Prevention and Care for Migrants. 2014.
- International Organization for Migration; World Health Organization. Health of Migrants: Resetting the Agenda. Report of the 2nd Global Consultation. Colombo, Sri Lanka. 2017.
- ISSOP Migration Working Group. ISSOP position statement on migrant child health. *Child Care Health Dev.* 2018, 44, 161–170.
- Jacobs, S.F. Collective narrative practice with unaccompanied refugee minors: “The Tree of Life” as a response to hardship. *Clin. Child Psychol. Psychiatry* 2017, 23, 279–293.
- Jensen NK, Norredam M, Priebe S, *et al.* How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A qualitative study from Denmark. *BMC Fam Pract* 2013;14:17.
- Johnson DR, Ziersch AM, Burgess T. I don't think general practice should be the front line: experiences of general practitioners working with refugees in South Australia. *Aust New Zealand Health Policy* 2008;5:20.
- Jones D, Gill PS. Refugees and primary care: tackling the inequalities. *BMJ* 1998;317:1444–6.
- Jones, G.; Haeghebaert, S.; Merlin, B.; Antona, D.; Simon, N.; Elmouden, M.; Battist, F.; Janssens, M.; Wyndels, K.; Chaud, P. Measles outbreak in a refugee settlement in Calais, France: January to February 2016. *Eurosurveillance* 2016, 21, 30167.
- Joshi C, Russell G, Cheng I-H, Kay M, Pottie K, Alston M *et al.* A narrative synthesis of the impact of primary health care delivery models for refugees in resettlement countries on access, quality and coordination. *Int J Equity Health.* 2013;12:88.
- Kakalou, E.; Riza, E.; Chalikias, M.; Voudouri, N.; Vetsika, A.; Tsiamis, C.; Choursoglou, S.; Terzidis, A.; Karamagioli, E.; Antypas, T.; *et al.* Demographic and clinical characteristics of refugees seeking primary healthcare services in Greece in the period 2015–2016: A descriptive study. *Int. Health* 2018.

- Kalt A, Hossain M, Kiss L, *et al.* Asylum seekers, violence and health: a systematic review of research in high-income host countries. *Am J Public Health* 2013;103:e30–e42.
- Karas, T. *Young, Alone, Abused: Unaccompanied Minors Wish They'd Never Come to Greece*; IRIN News: Nairobi, Kenya, 2016;
- Keygnaert I, Vettenburg N, Temmerman M. Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *Cult Health Sex* 2012;14:505–20.
- Kokanovic R, May C, Dowrick C, *et al.* Negotiations of distress between East Timorese and vietnamese refugees and their family doctors in Melbourne. *Sociol Health Illn* 2010;32:511–27.
- Kotsios, P. Structural Problems of the Greek Economy and Policy Recommendations. *Mod. Econ. Probl. Trends Prospect.* 2014, 10, 4–23.
- Kotsiou, O.S.; Srivastava, D.S.; Kotsios, P.; Exadaktylos, A.K.; Gourgoulianis, K.I. The Emergency Medical System in Greece: Opening Aeolus' Bag of Winds. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018, 15, 745.
- Kousoulis, A.A.; Ioakeim-Ioannidou, M.; Economopoulos, K.P. Access to health for refugees in Greece: Lessons in inequalities. *Int. J. Equity Health* 2016, 15, 122.
- Kurth E, Jaeger FN, Zemp E, *et al.* Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals. *BMC Public Health* 2010;10:659.
- Lawrence J, Kearns R. Exploring the 'fit' between people and providers: refugee health needs and health care services in Mt Roskill, Auckland, New Zealand. *Health Soc Care Community* 2005;13:451–61.
- Lesens, O.; Baud, O.; Henquell, C.; Lhermet, A.; Beytout, J. Varicella outbreak in Sudanese refugees from Calais. *J. Travel Med.* 2016, 23, taw042.
- Lionis, C.; Petelos, E.; Mechili, E.A.; Pistolla, D.S.; Chatzea, V.E.; Angelaki, A.; Rurik, I.; Pavlic, D.R.; Dowrick, C.; Dücker, M.; *et al.* Assessing refugee healthcare needs in Europe and implementing educational interventions in primary care: A focus on methods. *BMC Int. Health Hum. Rights* 2018, 18, 11.

- Marmot, M.G.; Wilkinson, R.G. *Social Determinants of Health*, 2nd ed.; Oxford University Press: New York, NY, USA, 2006; pp. 6–30.
- McGinnis, R.E. Sexual victimization of male refugees and migrants: Camps, homelessness, and survival sex. *Dignity* 2016, *1*, 8.
- McKeary M, Newbold B. Barriers to care: the challenges for Canadian refugees and their health care providers. *J Refug Stud* 2010;23:523–45.
- Medecines Sans Frontieres. Confronting the Mental Health Emergency on Samos and Lesbos Why the Containment of Asylum Seekers on the Greek Islands Must End. 2017.
- Meinel, D.M.; Kuehl, R.; Zbinden, R.; Boskova, V.; Garzoni, C.; Fadini, D.; Dolina, M.; Blümel, B.; Weibel, T.; Tschudin-Sutter, S.; et al. Outbreak investigation for toxigenic *Corynebacterium diphtheriae* wound infections in refugees from Northeast Africa and Syria in Switzerland and Germany by whole genome sequencing. *Clin. Microbiol. Infect.* 2016, *22*, 1003.e1–1003.e8.
- Mellou, K.; Chrisostomou, A.; Sideroglou, T.; Georgakopoulou, T.; Kyritsi, M.; Hadjichristodoulou, C.; Tsiodras, S. Hepatitis A among refugees, asylum seekers and migrants living in hosting facilities, Greece, April to December 2016. *Eurosurveillance* 2017, *22*, 30448.
- Miller KE, Worthington GJ, Muzurovic J, et al. Bosnian refugees and the stressors of exile: a narrative study. *Am J Orthopsychiatry* 2002;72:341–54.
- Mipatrini, D.; Stefanelli, P.; Severoni, S.; Rezza, G. Vaccinations in migrants and refugees: A challenge for European health systems. A systematic review of current scientific evidence. *Pathog. Glob. Health* 2017, *111*, 59–68.
- Mock, C.N.; Donkor, P.; Gawande, A.; Jamison, D.T.; Kruk, M.E.; Debas, H.T. DCP3 Essential Surgery Author Group. Essential surgery: Key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *Lancet* 2015, *385*, 2209–2219.
- Morgan, J. Disability-a neglected issue in Greece’s refugee camps. *Lancet* 2017, *389*, 896.
- Moris, D.; Kousoulis, A. Refugee crisis in Greece: Healthcare and integration as current challenges. *Perspect. Public Health* 2017, *137*, 309–310.
- Moris, D.; Felekouras, E.; Linos, D. Global surgery initiative in Greece: More than an essential initiative. *Lancet* 2016, *388*, 957.

- Moris, D.; Karamagioli, E.; Kontos, M.; Athanasiou, A.; Pikoulis, E. Refugee crisis in Greece: The forthcoming higher education challenge. *Ann. Transl. Med.* 2017, 5, 317.
- MSF, Confronting the Mental Health Emergency on Samos and Lesvos. 2017.
- MSF, Greece in 2016: Vulnerable People Left Behind. 2016.
- Norredam M, Mygind A, Krasnik A. Access to health care for asylum seekers in the European Union: a comparative study of country policies. *Eur J Public Health.* 2006;16(3):285–9.
- Norredam, M.; Mygind, A.; Krasnik, A. Access to health care for asylum seekers in the European Union—A comparative study of country policies. *Eur. J. Public Health* 2006, 16, 286–290.
- O'Donnell CA, Higgins M, Chauhan R, Mullen K. “They think we’re OK and we know we’re not.” A qualitative study of asylum seekers’ access, knowledge and views to health care in the UK. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:75.
- O'Donnell CA, Higgins M, Chauhan R, Mullen K. Asylum seekers’ expectations of and trust in general practice: a qualitative study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2008;58(557):e1–11.
- O'Donnell CA, Burns N, Mair FS, *et al.* Reducing the health care burden for marginalised migrants: the potential role for primary care in Europe. *Health Policy* 2016;120:495–508.
- Pajic, S.U.; Ulceluse, M.; Kismihók, G.; Mol, S.T.; den Hartog, D.N. Antecedents of job search self-efficacy of Syrian refugees in Greece and the Netherlands. *J. Vocat. Behav.* 2018, 105, 159–172.
- Papadopoulos I, Lees S, Lay M, Gebrehiwot A. Ethiopian refugees in the UK: migration, adaptation and settlement experiences and their relevance to health. *Ethn Health.* 2004;9(1):55–73.
- Passey ME, Longman JM, Robinson J, *et al.* Smoke-free homes: what are the barriers, motivators and enablers? A qualitative systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open* 2016;6:e010260.
- Pavli, A.; Maltezou, H. Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *J. Travel Med.* 2017, 24.
- Pavlopoulou, I.D.; Tanaka, M.; Dikalioti, S.; Samoli, E.; Nisianakis, P.; Boleti, O.D.;

- Tsoumakas, K. Clinical and laboratory evaluation of new immigrant and refugee children arriving in Greece. *BMC Pediatr.* 2017, *17*, 132.
- Pejovic-Milovancevic, M.; Klasen, H.; Anagnostopoulos, D. ESCAP for mental health of child and adolescent refugees: Facing the challenge together, reducing risk, and promoting healthy development. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2018, *27*, 253–257.
- Pieper H-O, Clerkin P, MacFarlane A. The impact of direct provision accommodation for asylum seekers on organisation and delivery of local primary care and social care services: a case study. *BMC Fam Pract.* 2011;*12*:32.
- Poole, D.N.; Hedt-Gauthier, B.; Liao, S.; Raymond, N.A.; Bärnighausen, T. Major depressive disorder prevalence and risk factors among Syrian asylum seekers in Greece. *BMC Public Health* 2018, *18*, 908.
- Pope C, van Royen P, Baker R. Qualitative methods in research on healthcare quality. *Qual Saf Health Care* 2002;*11*:148–52.
- Priebe, S.; Giacco, D.; El-Nagib, R. WHO Health Evidence Network Synthesis Reports. 2016. Public Health Aspects of Mental Health among Migrants and Refugees: A Review of the Evidence on Mental Health Care for Refugees, Asylum Seekers and Irregular Migrants in the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Puchner, K.; Karamagioli, E.; Pikouli, A.; Tsiamis, C.; Kalogeropoulos, A.; Kakalou, E.; Pavlidou, E.; Pikoulis, E. Time to Rethink Refugee and Migrant Health in Europe: Moving from Emergency Response to Integrated and Individualized Health Care Provision for Migrants and Refugees. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018, *15*, 1100.
- Razum, O.; Kaasch, A.; Bozorgmehr, K. From the primacy of safe passage for refugees to a global social policy. *Int. J. Public Health* 2016, *61*, 523–524.
- Redman EA, Reay HJ, Jones L, Roberts RJ. Self-reported health problems of asylum seekers and their understanding of the national health service: a pilot study. *Public Health.* 2011;*125*(3):142–4.
- Reed, R.V.; Fazel, M.; Jones, L.; Panter-Brick, C.; Stein, A. Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: Risk and protective factors. *Lancet* 2012, *379*, 250–265.

- Reeves M, de Wildt G, Murshali H, Williams P, Gill P, Kralj L et al. Access to health care for people seeking asylum in the UK. *Br J Gen Pract.* 2006;56(525):306–8.
- Riggs E, Davis E, Gibbs L, *et al.* Accessing maternal and child health services in Melbourne, Australia: reflections from refugee families and service providers. *BMC Health Serv Res* 2012;12:117.
- Rojek, A.M.; Gkolfinopoulou, K.; Veizis, A.; Lambrou, A.; Castle, L.; Georgakopoulou, T.; Blanchet, K.; Panagiotopoulos, T.; Horby, P.W. Epidemic Diseases Research Group field team. Clinical assessment is a neglected component of outbreak preparedness: Evidence from refugee camps in Greece. *BMC Med.* 2018, 16, 43.
- Roussos, A.; Goritsas, C.; Pappas, T.; Spanaki, M.; Papadaki, P.; Ferti, A. Prevalence of hepatitis B and C markers among refugees in Athens. *World J. Gastroenterol.* 2003, 9, 993–995.
- Samarasinghe K, Fridlund B, Arvidsson B. Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health. *Int Nurs Rev* 2010;57:224–31.
- Sanchez-Cao, E.; Kramer, T.; Hodes, M. Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylumseeking children. *Child Care Health Dev.* 2012, 39, 651–659.
- Shortall, C.K.; Glazik, R.; Sornum, A.; Pritchard, C. On the ferries: The unmet health care needs of transiting refugees in Greece. *Int. Health* 2017, 9, 272–280.
- Skliros, E.A.; Sotiropoulos, A.; Peppas, T.; Sofroniadou, K.; Lionis, C. High prevalence of HBV infection markers in refugees from eastern countries. *Ital. J. Gastroenterol. Hepatol.* 1999, 31, 84–85.
- Solidarity Now, ‘Issues in the Issuance of AMKA’. 2016.
- SolidarityNow. Joint Report of 25 Organizations for Cases of Violation of Asylum Seekers’ Rights. 2017.
- Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344:1129–33.
- Suphanchaimat R, Kantamaturapoj K, Putthasri W, *et al.* Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC Health Serv Res* 2015;15:390.
- Suurmond J, Rupp I, Seeleman C, *et al.* The first contacts between healthcare providers and

- newly-arrived asylum seekers: a qualitative study about which issues need to be addressed. *Public Health* 2013;127:668–73.
- Suurmond J, Seeleman C, Rupp I, *et al.* Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. *Nurse Educ Today* 2010;30:821–6.
- Tanaka, M.; Petsios, K.; Dikaloti, S.K.; Pouloupoulou, S.; Matziou, V.; Theocharis, S.; Pavlopoulou, I.D. Lead Exposure and Associated Risk Factors among New Migrant Children Arriving in Greece. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018, *15*, 1057.
- Taylor K. Asylum seekers, refugees, and the politics of access to health care: a UK perspective. *Br J Gen Pract.* 2009;59(567):765–72.
- Tellep TL, Chim M, Murphy S, *et al.* Great suffering, great compassion: a transcultural opportunity for school nurses caring for Cambodian refugee children. *J Transcult Nurs* 2001;12:261–74.
- The Migration Observatory. *Who Counts as a Migrant? Definitions and their Consequences.* The Migration Observatory, 2017.
- The World Bank. *World Bank list of economies 2015 [Data File].* The World Bank, 2016.
- Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2008;8:45.
- Tobin CL, Murphy-Lawless J. Irish midwives' experiences of providing maternity care to non-Irish women seeking asylum. *Int J Womens Health* 2014;6:159–69.
- Tong A, Flemming K, McInnes E, *et al.* Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: entreq. *BMC Med Res Methodol* 2012;12:1.
- Tsiamis, C.; Terzidis, A.; Kakalou, E.; Riza, E.; Rosenberg, T. Is it time for a refugees' health unit in Greece? *Lancet* 2016, *388*, 958.
- Tsitsakis, C.A.; Karasavoglou, A.; Tsaridis, E.; Ramantani, G.; Florou, G.; Polychronidou, P.; Stamatakis, S. Features of public healthcare services provided to migrant patients in the Eastern Macedonia and Thrace Region (Greece). *Health Policy* 2017, *121*, 329–337.
- Turner SW, Herlihy J. Working with refugees and asylum seekers. *Psychiatry.* 2009;8(8):322–4.

- Twohig PL, Burge F, MacLachlan R. Pod people. Response of family physicians and family practice nurses to Kosovar refugees in Greenwood, NS. *Can Fam Physician* 2000;46:2220–5.
- UN General Assembly. Optional Protocol to the Convention on the Rights of the Child on the Sale of Children, Child Prostitution and Child Pornography, 2000. International Documents on Corporate Responsibility.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) Global Forced Displacement Hits Record High. 2018
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), Europe Situation. 2018
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), Figures at a Glance. 2018
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), Refugees and Migrants Sea Arrivals in Europe. *Bur Eur*. 2018
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), Situation on Greek Islands Still Grim despite Speeded Transfers.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Regional Refugee and Migrant Response Plan for Europe: January to December 2017. 2017
- United Nations High Commissioner for Refugees. *Convention and Protocol Relating to the Status of Refugees*. UNHCR, 2010.
- United Nations High Commissioner for Refugees. *Global trends; Forced displacement in 2015*. UNHCR, 2016.
- van den Heuevel WJ. Health status of refugees from former Yugoslavia: descriptive study of the refugees in the Netherlands. *Croat Med J*. 1998;39(3):356–60.
- van Loenen, T.; van den Muijsenbergh, M.; Hofmeester, M.; Dowrick, C.; van Ginneken, N.; Mechili, E.A.; Angelaki, A.; Ajdukovic, D.; Bakic, H.; Pavlic, D.R.; et al. Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: A qualitative study on health needs, barriers and wishes. *Eur. J. Public Health* 2018, 28, 82–87.
- Wangdahl J, Lytsy P, Martensson L, Westerling R. Health literacy among refugees in Sweden: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14:1030.
- Webb E, Ryan AD, O'Hare BAM. The needs of children newly arrived from abroad. *Curr Paediatr*. 2005;15(4):339–46.

- Williams, G.A.; Bacci, S.; Shadwick, R.; Tillmann, T.; Rechel, B.; Noori, T.; Suk, J.E.; Odone, A.; Ingleby, J.D.; Mladovsky, P.; et al. Measles among migrants in the European Union and the European Economic Area. *Scand. J. Public Health* 2016, *44*, 6–13.
- World Health Organisation (WHO) Regional Office per Europe. WHO-UNHCR-UNICEF Joint Technical Guidance: General Principles of Vaccination of Refugees, Asylum-Seekers and Migrants in the WHO European Region. 2015.
- World Health Organization (WHO) Pandemic Influenza Preparedness and Mitigation in Refugee and Displaced Populations. 2008.
- World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. Migration and Health: Key Issues. 2018
- World Health Organization. *WHO Nursing and Midwifery Progress Report 2008-2012*. Geneva: WHO,
- Yelland J, Riggs E, Szwarc J, et al. Compromised communication: a qualitative study exploring Afghan families and health professionals' experience of interpreting support in Australian maternity care. *BMJ Qual Saf* 2016;25:e1.
- Yelland J, Riggs E, Wahidi S, et al. How do Australian maternity and early childhood health services identify and respond to the settlement experience and social context of refugee background families? *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:348.
- Ziomas, D.; Capella, A.; Konstantinidou, D.; European Social Policy Network. Integrating Refugee and Migrant Children into the Educational System in Greece. ESPN Flash Report 2017/67.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ – ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ –
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ

Βαθμός Ασφάλειας
Κόρινθος 8/8/2018
Αριθμ. Πρωτ.: (Φ.ΑΥ.....)/Βαθ. Πρωτ.
22872

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ

ΤΜΗΜΑ : ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ
ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

Ταχ. Δ/ση : Λεωφ. Αθηνών 53
20132 Κόρινθος

Πληροφορίες : Α. Λιάγκου
Τηλέφωνο : 2741361908
FAX : 27410 20529

ΘΕΜΑ : «Κοινοποίηση εγγράφου»

Σχετ. : α) αριθμ. 29613/24-07-2018
έγγραφο της 6^{ης} Υ.Π.Ε.

ΜΠΙΚΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΤΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΥ
ΠΡΟΣ : ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ
ΜΕΓ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ 25
20300 ΛΟΥΤΡΑΚΙ

ΚΟΙΝ: Τμ. Διαχείρισης Ανθρώπινου
Δυναμικού

Σας κοινοποιούμε το πιο πάνω (α σχ.) έγγραφο της 6^{ης} Υ.Π.Ε. Πελοποννήσου – Ιονίων Νήσων – Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας, σχετικά με την διεξαγωγή μελέτης για την διπλωματική σας εργασία με θέμα «Διερεύνηση των απόψεων και των στάσεων του υγειονομικού προσωπικού απέναντι στις ιδιαιτερότητες της παροχής φροντίδας σε πρόσφυγες και ρομά/τσιγγάνους», προκειμένου να λάβετε γνώση.

Η ΥΠΟΔ/ΝΤΡΙΑ Δ/ΚΟΥ-ΟΙΚ/ΚΟΥ

ΚΟΛΟΚΩΤΣΙΟΥ ΣΤΥΛΙΑΝΗ

Για την ακρίβεια
Η πρ. τμ. Γραμματείας





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ
6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ – ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ –
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πληροφορίες : Δ. Αντωνιάδης
Τηλέφωνο : 2613 - 600578
Fax : 2610 - 430790

25-7-18

ΤΡ ΑΔ

ΠΑΤΡΑ

29/07/2018

Αριθμ. Πρωτ. 29613

21615

25/7/20

ΠΡΟΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ
(με την παράκληση ενημέρωσης των
ενδιαφερόμενων)

Θέμα: Σχετικό με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων

Σχετι - Το υπ' αριθμ. 21078/18.07.2018 έγγραφό σας

- Η υπ' αριθμ. 24/2018 Απόφαση της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα

Σε απάντηση του παραπάνω σχετικού εγγράφου σας και λαμβάνοντας υπόψη την υπ' αριθμ. 09/09.07.2018 (β.2^ο) εγκρίνουμε στην κ. Μπίκου Χριστίνα, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Πανεπ. Πελοποννήσου, τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων στο πλαίσιο της διπλωματικής της εργασίας με θέμα: «Διερεύνηση των απόψεων και των στάσεων του υγειονομικού προσωπικού απέναντι στις ιδιαιτερότητες της παροχής φροντίδας σε πρόσφυγες και ρομά/τσιγγάνους», με την επισήμανση ότι θα τηρηθούν τα προβλεπόμενα στην υπ' αριθμ. 24/2018 Απόφαση της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και τις προϋποθέσεις ότι δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το νοσοκομείο σας, δεν θα παρακλυθεί η ομαλή λειτουργία του και θα τηρηθούν οι θεμελιώδεις κανόνες ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας. Επισημαίνεται ότι για τους κ.κ. Χασκίδη Χρήστο και Τουσαούλη Αικατερίνη και για τους λόγους ότι ανήκουν στο προσωπικό του νοσοκομείου σας και η έρευνά τους περιορίζεται στο ίδιο νοσοκομείο, τηρούνται τα προβλεπόμενα στα υπ' αριθμ. Φ900/ΕΚΕΠΥ/878/24.02.2009 και 3871/09.11.2010 έγγραφο του ΕΚΕΠΥ(επισυνάπτονται).



Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Δ. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

Από: geraldine duncan <geraldine.duncan@bigpond.com>

Στάλθηκε: Τετάρτη, 13 Σεπτεμβρίου 2017 1:05 μμ

Προς: sarmar32@windowslive.com

Θέμα: Fw: Questionnaire and information sheet for needs

Hi Maria,
With Compliments.
Hope it helps.
Regards,
Geraldine Duncan

From: [Catherine Harding](#)

Sent: Monday, September 11, 2017 4:19 PM

To: [geraldine duncan](#)

Subject: Re: Questionnaire and information sheet for needs

Hi Geraldine – as discussed attached is the questionnaire from the GP needs assessment on refugee's in general practice.

Regards Cathy

**Assoc Prof Catherine Harding | Head of Rural Sub School Wagga | University of Notre Dame
Australia**

FRACGP, MPH, MHPEd, PhD,

Hardy Avenue (PO Box 5050), Wagga Wagga NSW 2650

Phone: 02 8204 4109 | Mobile: 0447 213 112

email: catherine.harding@nd.edu.au | website: www.nd.edu.au

The Provision of university education, within a context of Catholic faith and values.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ΄



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ & ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Διεύθυνση: Δαμασκηνού και Κολοκοτρώνη, Κόρινθος, Τ.Κ. 20100

Τηλέφωνα: 2741074991, 2741074992, 2741074993, 2741074994

Αξιολόγηση αναγκών των γενικών ιατρών που εμπλέκονται με την υγεία των προσφύγων

Αξιότιμοι κυρίες και κύριοι,

Οι οικογένειες των προσφύγων, όπως και ο υπόλοιπος πληθυσμός, έχουν ανάγκη για φροντίδα υγείας. Αυτή η έρευνα επιζητεί να διερευνήσει το είδος της επαφής που έχουν οι εργαζόμενοι στο τομέα της υγείας με άτομα από το προσφυγικό περιβάλλον, πόσο άνετοι είναι όταν αντιμετωπίζουν πρόσφυγες και η υποστήριξη που υπάρχει ή χρειάζεται, από ειδικούς προκειμένου να αντιμετωπιστεί αυτή η ομάδα ανθρώπων.

Η συμμετοχή στην εργασία είναι εθελοντική και είστε ελεύθερος να μην συμμετέχετε στην μελέτη. Εάν επιθυμείτε να συμμετάσχετε, θα ήμασταν ευγνώμων να συμπληρώσετε το δισέλιδο ερωτηματολόγιο.

Με εκτίμηση,

Μπίκου Χριστίνα

Δημογραφικά Στοιχεία

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα
2. Ηλικία: 18-35 36-50 51 και άνω
3. Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος/η Άγαμος/η Διαζευγμένος/η
Χήρος/α
4. Εκπαίδευση: Υποχρεωτική Λύκειο ΑΕΙ/ΤΕΙ Μεταπτυχιακό
Διδακτορικό
5. Χρόνια Προϋπηρεσίας: 1 έως 5 6 έως 10 11 έως 20 21-και άνω
6. Τομέας Εργασίας: Ιατρός Νοσηλεύτης/τρια Διοικητικό Προσωπικό
Παραϊατρικό / επιστημονικό Προσωπικό

Παρακάτω παρεντίθενται ερωτήσεις σχετικές με την φροντίδα υγείας των προσφύγων ασθενών

1. Πόσο συχνά παρακολουθείτε – σας επισκέπτονται προσφυγές/ρομά ασθενείς?

- Κάθε μέρα Μια φορά την εβδομάδα Μια φορά τον μήνα
Πολύ σπάνια Ποτέ

2. Έχετε παρατηρήσει ότι δουλεύοντας με τους πρόσφυγες/ρομά διαταράσσεται το κανονικό σας πρόγραμμα;

- Συχνά Μερικές φορές Σπάνια Ποτέ

3. Πόσο σίγουρος νιώθετε αντιμετωπίζοντας ιατρικά θέματα που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά;

- Πολύ σίγουρος Σίγουρος Καθόλου σίγουρος

Παρακαλώ εξηγήστε (εάν επιθυμείτε)

4. Πόσο σίγουρος νιώθετε όταν αντιμετωπίζετε ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζουν οι πρόσφυγες/ρομά;

Πολύ σίγουρος Σίγουρος Καθόλου σίγουρος

Παρακαλώ εξηγήστε (εάν επιθυμείτε)

5. Πόσο ικανοποιημένος είστε με τις υπηρεσίες υποστήριξης που είναι διαθέσιμες για να σας βοηθήσουν να αντιμετωπίσετε τα προβλήματα των προσφύγων/ρομά;

Πολύ ικανοποιημένος Ικανοποιημένος Καθόλου ικανοποιημένος

6. Ποιες υπηρεσίες είναι διαθέσιμες στην περιοχή σας;

7. Νομίζετε ότι θέλετε περισσότερη υποστήριξη σε αυτόν τον τομέα

Ναι Όχι

Παρακαλώ εξηγήστε (εάν επιθυμείτε)

8. Νομίζετε ότι θέλετε περισσότερη εκπαίδευση σε αυτόν τον τομέα

Ναι Όχι

9. Ποια εμπόδια υπάρχουν όταν έρχεστε αντιμέτωποι με την υγεία των προσφύγων;

10. Ποιες λύσεις πιστεύετε ότι θα βοηθούσαν τα παραπάνω εμπόδια;

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ !