

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ**

Σχολή Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας  
Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

## ***Πτυχιακή Εργασία***

«Η διερεύνηση της πρόσβασης στην Υγεία των Τσιγγάνων γυναικών  
του καταυλισμού της Ν. Αλικαρνασσού»

### ***ΣΥΝΤΑΚΤΡΙΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑ***

Μαραθιανού Μαριάννα ΑΜ:3118

Μπαλάσκα Κατερίνα ΑΜ:3251

Παπαδάκη Κωνσταντίνα ΑΜ:3246

### ***ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:***

Οικονόμου Κατερίνα

ΗΡΑΚΛΕΙΟ

2010

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας θα θέλαμε να αποδώσουμε ευχαριστίες σε όσους προσέφεραν την πολύτιμη βοήθειά τους καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησής της.

Αρχικά, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτριά μας, κα. Οικονόμου Κατερίνα, η οποία μας προσέφερε την πολύτιμη στήριξη και καθοδήγησή της, ενθάρρυνση αλλά και τις εξαιρετικές γνώσεις της κατά τη διάρκεια της συγγραφής της παρούσας εργασίας.

Ακόμη, ευχαριστίες θέλουμε να αποδώσουμε σε όλες τις τσιγγάνες γυναίκες του καταυλισμού του Δήμου Αλικαρνασσού για τη συνεργασία και τη διάθεσή τους να μας βοηθήσουν στη συλλογή των ερωτηματολογίων. Χωρίς την πολύτιμη αυτή συνεργασία και συγκατάθεσή τους δεν θα ήταν δυνατή η διεξαγωγή της έρευνάς μας.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	4
-----------------------	---

### **Α΄ ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΟΙ ΤΣΙΓΓΑΝΟΙ**

1.1. Η Έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού.....	7
1.2. Στερεότυπα και προκαταλήψεις.....	14
1.3. Κοινωνικός αποκλεισμός και τσιγγάνοι.....	18
1.4. Καταυλισμός τσιγγάνων της Νέας Αλικαρνασσού.....	22
1.5. Η γυναίκα Ρομ και η θέση της.....	28

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ**

2.1. Η Υγεία ως δημόσιο αγαθό.....	34
2.2. Τα δικαιώματα των ασθενών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.....	38

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΡΟΜ**

3.1. Η πρόσβαση των τσιγγάνων σε Κοινωνικές Παροχές και Υπηρεσίες Υγείας.....	46
3.2. Η πρόσβαση των τσιγγάνων στην εκπαίδευση για την υγεία.....	54
3.3. Η πρόσβαση των τσιγγάνων σε εφοδιασμένα οικήματα σε σχέση με την υγεία.....	57

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: ΤΟΜΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΡΟΜ**

4.1. Στάσεις και αντιλήψεις των τσιγγάνων γυναικών προς την υγεία.....	63
4.2. Αναπαραγωγή και σεξουαλική φροντίδα υγείας- υπηρεσίες.....	64
4.3. Ενδοοικογενειακή βία - αντιμετώπιση και γυναίκες ρομ.....	68
4.4. Ψυχική υγεία γυναικών ρομ.....	71
4.5. Ενημέρωση των γυναικών τσιγγάνων σε θέματα πρόληψης της υγείας.....	73

## **Β΄ ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>: ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

5.1. Σκοπός μελέτης.....	77
5.1.2. Ερευνητικά ερωτήματα.....	78
5.2. Μεθοδολογία έρευνας.....	78
5.2.1. Πεδίο μελέτη.....	78
5.2.2. Δειγματοληψία.....	79
5.2.3. Διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων.....	79
5.2.4. Ερευνητικό εργαλείο.....	80
5.2.5. Στατιστική ανάλυση.....	81
5.3. Εκτίμηση δυσκολιών κατά την πραγματοποίηση της έρευνας.....	82
5.3.1. Στάδια Εκπόνησης Εργασίας.....	82
5.4. Ηθικά ζητήματα.....	83

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ**

6.1 Αποτελέσματα.....	84
6.1.2 Συζήτηση αποτελεσμάτων.....	102
6.1.3 Συζήτηση συσχετίσεων.....	116
6.1.4 Συμπεράσματα.....	135
6.2 Προτάσεις.....	140

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... 142**

### **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

<b>A.</b> Ερευνητικό εργαλείο.....	148
<b>B.</b> Γραφήματα αποτελεσμάτων.....	

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946), η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Με βάση το συγκεκριμένο ορισμό της υγείας διαπιστώνεται ότι για να είναι ένας άνθρωπος υγιής πρέπει να πληροί ένα σύνολο από παράγοντες που θα του εξασφαλίζουν ευεξία σωματικά, ψυχικά και κοινωνικά. Γίνεται λοιπόν φανερή η ανάγκη για την πρόσβαση των Τσιγγάνων γυναικών στην υγεία μιας και αποτελούν μια πληθυσμιακή ομάδα, η οποία αντιμετωπίζει καθημερινά πάρα πολλές δυσκολίες οι οποίες επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη γενική υγεία τους.

Επιπροσθέτως, στο άρθρο 5 παρ. 2 του Συντάγματος<sup>1</sup> αναφέρεται ότι "όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων. Εξαιρέσεις επιτρέπονται στις περιπτώσεις που προβλέπει το διεθνές δίκαιο". Στο ίδιο άρθρο προστέθηκε μία πέμπτη παράγραφος<sup>2</sup> σύμφωνα με την οποία: "Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων".

Σύμφωνα με το νομικό πλαίσιο που έχει ψηφιστεί υπάρχουν μια σειρά ενεργειών, οι οποίες δεν έχουν υλοποιηθεί προς όφελος των Τσιγγάνων πολιτών.

Στην πραγματικότητα, στη χώρα μας οι συνθήκες οι οποίες επικρατούν δεν είναι συναφείς με τα παραπάνω. Οι Ρομά ως Έλληνες πολίτες δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη χωρίς καμία διάκριση. Παρόλα αυτά, η ένταξη των Τσιγγάνων στο σύστημα της υγείας κυμαίνεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι περισσότεροι Τσιγγάνοι δεν γνωρίζουν τα δικαιώματά τους και δεύτερον οι συνθήκες που έχουν αντιμετωπίσει και ο κοινωνικός αποκλεισμός που έχουν δεχθεί τους έχει οδηγήσει στο σημείο να μην εμπιστεύονται το δημόσιο σύστημα υγείας.

---

<sup>1</sup> Με τίτλο "Γενική και προσωπική ελευθερία"

<sup>2</sup> Η παράγραφος αυτή προστέθηκε με το Ψήφισμα της Ζ' Αναθεωρητικής Βουλής των Ελλήνων (Φ.Ε.Κ. Α 84) και η ισχύς της αρχίζει από 17.4.2001.

Στη χώρα μας, οι τομείς των τσιγγάνων οι οποίοι έχουν διερευνηθεί αναφέρονται στην Πολιτισμική τους ταυτότητα, την Εκπαίδευση και την Εργασία. Έπειτα από έρευνες διαπιστώθηκε ότι ο τομέας της Υγείας σε σχέση με τους Ρομ δεν έχει μελετηθεί επαρκώς στην Ελλάδα. Έτσι αποφασίστηκε η διερεύνηση αυτού του τομέα να πραγματοποιηθεί σε αυτήν την Πτυχιακή Εργασία. Ειδικότερα, το θέμα της πτυχιακής είναι: «Η διερεύνηση της πρόσβασης στην Υγεία των Τσιγγάνων γυναικών του καταυλισμού της Ν. Αλικαρνασσού».

Ο βασικός σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθεί όσο το δυνατόν καλύτερα η πρόσβαση που έχουν οι Τσιγγάνες γυναίκες του καταυλισμού Τσιγγάνων Ν. Αλικαρνασσού στην Υγεία, αν υπάρχουν δυσκολίες στην πρόσβασή τους και αν ναι ποιες είναι αυτές, την ενημέρωση που έχουν σε θέματα υγείας και πρόληψης, καθώς και τη γνώση των δικαιωμάτων τους στο ιατροφαρμακευτικό σύστημα. Επίσης, αν με την πρόσβαση των Τσιγγάνων γυναικών στο σύστημα της υγείας τους δίνεται η απαραίτητη στήριξη και διευκόλυνση για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους και αν η προσέγγισή τους γίνεται με τέτοιο τρόπο που να τους δίνει τη δυνατότητα να εμπιστευτούν και να συνεργαστούν με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό με στόχο την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν.

Στο θεωρητικό μέρος της Πτυχιακής, το πρώτο κεφάλαιο της εργασίας μας αναφέρεται στον κοινωνικό αποκλεισμό. Ο κοινωνικός αποκλεισμός αφορά ιδιαίτερα την ευπαθή ομάδα των Ρομ. Ειδικότερα, μελετάται ο κοινωνικός αποκλεισμός των τσιγγάνων του δήμου της Ν. Αλικαρνασσού, καθώς και η θέση της γυναίκας τσιγγάνας μέσα στην Κοινότητα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο διερευνώνται οι διακρίσεις που αντιμετωπίζουν οι Ρομ κατά την πρόσβασή τους σε Υπηρεσίες Υγείας. Η διάκριση αυτή και η άρνηση του προσωπικού Υγείας να βοηθήσουν τους ασθενείς Ρομ αποτελεί άμεση ανάγκη για διερεύνηση και αντιμετώπιση. Στο τρίτο κεφάλαιο μελετάται η πρόσβαση των τσιγγάνων σε κοινωνικές παροχές και υπηρεσίες Υγείας, η Εκπαίδευσή τους σε θέματα Υγείας, καθώς και η πρόσβασή τους σε εφοδιασμένα και κατάλληλα οικήματα.

Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο διερευνώνται οι στάσεις και οι αντιλήψεις των γυναικών Ρομ και η ενημέρωσή τους σε θέματα πρόληψης ως προς την Υγεία. Επίσης, μελετώνται η αναπαραγωγική και σεξουαλική φροντίδα Υγείας των γυναικών Ρομ και οι Υπηρεσίες που τις παρέχουν. Ακόμη, η Ψυχική Υγεία αποτελεί ένα

αντικείμενο μελέτης για τις γυναίκες Ρομ, καθώς και η ενδοοικογενειακή βία – αντιμετώπιση.

Στο Ερευνητικό μέρος της Πτυχιακής μας εργασίας έχουμε αναλύσει τα εξής: το αντικείμενο μελέτης, τα ερευνητικά ερωτήματα, το δείγμα, τη μεθοδολογία έρευνας, τα αποτελέσματα της έρευνας, τη συζήτηση και τέλος γίνεται η παρουσίαση των προτάσεών μας.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ

### 1.1. Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι ένα φαινόμενο το οποίο έχει μελετηθεί από πολλούς επιστήμονες, χωρίς όμως να έχει δοθεί ένας ακριβής ορισμός ο οποίος θα μπορούσε να εξηγήσει με ακρίβεια τι είναι κοινωνικός αποκλεισμός, ποια είναι τα αίτια που το προκαλούν και σε τι ακριβώς απευθύνεται. Ο κοινωνικός αποκλεισμός χρησιμοποιείται αρκετά στον καθημερινό λόγο και είναι χαρακτηριστικό ότι συνήθως συνδέεται με την έννοια του αποκλεισμού από την εργασία καθώς και με το ρατσισμό και τις διακρίσεις.

Σύμφωνα με τον Τσιάκαλο (1998), «ένας όρος που δεν είναι ακόμη πλήρως αποσαφηνισμένος δημιουργεί πάντοτε σε διαφορετικούς ανθρώπους διαφορετικές αναπαραστάσεις του φαινομένου στο οποίο αναφέρεται και η περιγραφή των ανθρώπων εκ μέρους μας βοηθάει στην αποσαφήνιση των διαφορών»<sup>3</sup>. Το σημαντικότερο όμως για την αποσαφήνιση του κοινωνικού αποκλεισμού είναι να βρεθεί το «κοινό στοιχείο» που συνδέει ομάδες ανθρώπων και μας δίνει το δικαίωμα να τις περικλείουμε κάτω από τον ίδιο όρο.

Στην καθημερινότητα ο κοινωνικός αποκλεισμός χαρακτηρίζεται ως «η κατάσταση διαβίωσης σε συνθήκες ανέχειας και μάλιστα στο περιθώριο της κοινωνίας»<sup>4</sup>. Ο συγκεκριμένος ορισμός είναι σε μεγάλο βαθμό ασαφής και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι και «οι συνθήκες ανέχειας» όσο και «το περιθώριο της κοινωνίας» είναι δύο έννοιες οι οποίες είναι σχετικές και αόριστες.

Η έννοια του όρου «κοινωνικός αποκλεισμός» αποτελεί αντικείμενο έντονων αμφισβητήσεων, καθώς υπάρχει πλειάδα διαφορετικών ορισμών, ανάλογα πάντοτε με την οπτική γωνία και τον τρόπο με τον οποίο το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού γίνεται αντιληπτό από τον εκάστοτε μελετητή. Ο όρος έχει χρησιμοποιηθεί με τρεις κυρίως τρόπους.<sup>5</sup> Αρχικά, με μια «ολοκληρωτική προσέγγιση» (integrationist approach) στην οποία η απασχόληση λαμβάνεται ως

---

<sup>3</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://www.eled.auth.gr/tsiakalos/exclusion/apokl.kasimati.htm>. [Πρόσβαση 19 Ιανουαρίου 2010]

<sup>4</sup> Levitas, R. (1998:45)

<sup>5</sup> Shucksmith, M. (2004:43-59)



κύριος παράγοντας κοινωνικής ενσωμάτωσης του ατόμου, τόσο μέσω του μισθού, της ισχυροποίησης της ταυτότητας και της ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης, που προκύπτουν ως αποτέλεσμα της εργασίας, όσο και μέσω των δικτύων που δημιουργούνται από αυτή. Ειδικότερα, έρευνες έχουν δείξει ότι η απασχόληση δεν σχετίζεται μόνο με το εισόδημα, αλλά και με την απόκτηση κοινωνικών δικτύων και την αίσθηση της ευταξίας. Από την άλλη πλευρά, η προσέγγιση της «ανέχειας» (poverty approach) αποδίδει τα αίτια του αποκλεισμού στο χαμηλό εισόδημα και την έλλειψη υλικών αγαθών. Τέλος, η προσέγγιση «κατώτατης οικονομικής τάξης» (underclass approach) αντιμετωπίζει τα αποκλεισμένα άτομα ως άτομα τα οποία παρεκκλίνουν από τα χρηστά και πολιτισμικά πρότυπα και τους άγραφους κανόνες συμπεριφοράς, επιδεικνύοντας έναν πολιτισμό φτώχειας ή έναν πολιτισμό που στερείται οποιασδήποτε δυναμικής. Έτσι, τα άτομα αυτά θεωρούνται υπεύθυνα για τη δική τους φτώχεια αλλά και τη μετάδοσή της στις επόμενες γενεές

Ο κοινωνικός αποκλεισμός σε σχετικά κείμενα της Ευρωπαϊκής Ένωσης περιλαμβάνει το ανεπαρκές εισόδημα, την εργασία και εκδηλώνεται σε τομείς όπως τη στέγαση, την εκπαίδευση, την υγεία και την πρόσβαση σε υπηρεσίες και περιλαμβάνει όχι μόνο άτομα αλλά και ομάδες του πληθυσμού.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός προσβάλλει κυρίως άτομα ή ομάδες στα οποία εντοπίζεται μια διαφορετικότητα, γεγονός που οδηγεί στο να γίνονται αντικείμενα περιθωριοποίησης. Οι διακρίσεις και η περιθωριοποίηση που βιώνουν τα άτομα ή οι ομάδες αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν πολλούς από τους τομείς της κοινωνικής ζωής<sup>6</sup>.

Τα αίτια του αποκλεισμού είναι πολλά και περιλαμβάνουν: τη μόνιμη ανεργία, την εξέλιξη των οικογενειακών δομών, την παρακμή των παραδοσιακών μορφών αλληλεγγύης, την αύξηση του ατομικισμού, την παράνομη μετανάστευση και τις μετακινήσεις του πληθυσμού<sup>7</sup>.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι ένα φαινόμενο το οποίο ασχολείται με άτομα και ομάδες, τα οποία συνεχώς μεταβάλλονται. Οι μεταβολές αυτές πραγματοποιούνται τόσο στα άτομα και τις ομάδες, όσο και στο περιβάλλον που υπάρχει γύρω τους και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι αλληλεπιδράσεις που

---

<sup>6</sup> Βεργέτης, Μ. (1999)

<sup>7</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://www.eled.auth.gr/tsiakalos/exclusion/apokl.kasimati.htm>. [Πρόσβαση 19 Ιανουαρίου 2010]

υπάρχουν μεταξύ τους μεταβάλλονται συνεχώς. Σημαντική παρατήρηση είναι ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι ένα φαινόμενο το οποίο εκφράζεται τόσο στον αποκλεισμένο όσο και στον αποκλίνοντα.

Θέλοντας να οριοθετήσουμε σε ένα βαθμό τον κοινωνικό αποκλεισμό θα αναλύσουμε το κοινωνικό αποκλεισμό ως κάτι λειτουργικό.

«Μέλος μια κοινωνίας θεωρείται αυτός που συμμετέχει στα εξής τέσσερα συστήματα/διαδικασίες που προσδιορίζουν και καθορίζουν την κοινωνική ζωή:

- Την Αστική ενσωμάτωση που σημαίνει αναγνώριση της ιδιότητάς του ως πολίτης σε μία δημοκρατική κοινωνία.
- Την Οικονομική ενσωμάτωση που συνεπάγεται πρόσβαση στην απασχόληση και ένταξη στο ευρύτερο οικονομικό γίγνεσθαι.
- Την Κοινωνική ενσωμάτωση που επιτρέπει και προάγει την πρόσβαση στην κρατική βοήθεια χωρίς στιγματισμό και περιθωριοποίηση.
- Και τη Διαπροσωπική ενσωμάτωση το να έχει δηλαδή κάποιος οικογένεια, φίλους, γείτονες και κοινωνικά δίκτυα.

Η αποχή ή αποξένωση των ατόμων και ομάδων από ένα ή περισσότερους από τους παραπάνω κύριους μηχανισμούς της κοινωνίας μπορεί να κατανοηθεί ως «κοινωνικός αποκλεισμός».

Τα κοινά χαρακτηριστικά των καταστάσεων αποκλεισμού στα οποία φαίνεται να υπάρχει συμφωνία μεταξύ των επιστημόνων είναι:

- η έλλειψη δυνατότητας άσκησης των δικαιωμάτων του ατόμου χωρίς βοήθεια εξαιτίας της ύπαρξης περιορισμών πρόσβασης σε τομείς, όπως η πληροφόρηση, η εκπαίδευση, η επαγγελματική κατάρτιση, η απασχόληση, η στέγαση, οι συλλογικές υπηρεσίες, η ιατρική περίθαλψη,
- η κακή εικόνα που συχνά διατηρούν τα άτομα αυτά για τον εαυτό τους και για την ικανότητά τους να αντεπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους,
- ο κίνδυνος μονιμοποίησης των αναγκών ενίσχυσής τους,
- ο πιθανός στιγματισμός αυτών και των συνοικιών των αστικών περιοχών όπου κατοικούν,
- η ενδεχόμενη ισχνή σχέση των ατόμων αυτών με τους κύριους κοινωνικούς μηχανισμούς που παράγουν ή διανέμουν πόρους, όπως αγορά εργασίας, οικογένεια ή άλλα διαπροσωπικά δίκτυα, το κράτος.

Συνεπώς, οι αιτίες κοινωνικού αποκλεισμού φαίνεται να είναι οι:

- έλλειψη βασικών επαγγελματικών προσόντων και δεξιοτήτων, εξαιτίας της ανεπαρκούς τους ένταξης στο εκπαιδευτικό σύστημα,
- στέρηση ή μείωση φυσικών προσόντων, λόγω σωματικής, ψυχικής ή νοητικής μειονεξίας,
- εγκλεισμός σε σωφρονιστικά ιδρύματα,
- εξάρτηση από ουσίες,
- κοινωνικός στιγματισμός, τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις,
- έλλειψη απρόσκοπτης επικοινωνίας με το ευρύτερο περιβάλλον και άγνοιας των θεσμών και των μέτρων που μπορούν να δώσουν λύσεις στους χρήστες»

Επομένως, όταν γίνεται προσπάθεια μελέτης του κοινωνικού αποκλεισμού είναι σφάλμα να υπάρχει μια μονοδιάστατη προσέγγιση του φαινομένου αυτού γιατί είναι ανεπαρκής. Ένα πλαίσιο για την κατανόηση του κοινωνικού αποκλεισμού θα πρέπει να:

1. συνδυάζει τις αιτίες με σαφή τρόπο
2. γνωρίζει τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των αιτιών
3. μπορεί να κατανοήσει τις διαφορετικές πτυχές του κοινωνικού αποκλεισμού
4. να μπορεί να εφαρμοστεί σε όλα τα επίπεδα
5. να μπορεί να εφαρμοστεί σε κοινωνίες με διάφορα κοινωνικοοικονομικά στρώματα<sup>8</sup>.

Κάθε επίπεδο επηρεάζεται από τα άλλα και κάθε συμπεριφορά δεν είναι αποτέλεσμα μιας μόνο αιτίας. Μια ολοκληρωμένη προσέγγιση θα περιλάμβανε:

1. το άτομο π.χ. ηλικία, φύλο
2. την οικογένεια π.χ. παιδιά, ευθύνες ανατροφής
3. την κοινότητα π.χ. σχολείο, υγεία
4. το τοπικό επίπεδο π.χ. αγορά εργασίας
5. το εθνικό επίπεδο π.χ. πολιτισμικές επιρροές
6. το παγκόσμιο επίπεδο π.χ. διεθνές εμπόριο.<sup>9</sup>

Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού εμπεριέχει στοιχεία από έννοιες όπως η φτώχεια (αποστέρηση λόγω χαμηλού εισοδήματος, το οποίο με τη σειρά του είναι υπεύθυνο για τον αποκλεισμό από πολλά άλλα κοινωνικά και πολιτισμικά αγαθά)

---

<sup>8</sup> Οικονόμου, Κ., Φέρωνας, Α., (2006)

<sup>9</sup> Παππά, Ε.,(2008)

και η στέρηση βασικών κοινωνικών δικαιωμάτων που αποκλείουν άτομα και ολόκληρες ομάδες από τους τυπικούς και άτυπους μηχανισμούς παραγωγής, διάθεσης και αναδιανομής των πόρων και αγαθών πάσης φύσεως.

Ο όρος «κοινωνικός αποκλεισμός» άρχισε από το 1989 να υποκαθιστά τον όρο «φτώχεια» τόσο σε επίπεδο θεωρητικών τοποθετήσεων όσο και σε επίπεδο κοινοτικών προγραμμάτων για τις λιγότερο ευνοημένες κοινωνικές ομάδες<sup>10</sup>.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός και η φτώχεια είναι δύο διαφορετικές έννοιες από τις οποίες μεγαλύτερη ισχύ όσον αναφορά στις επιπτώσεις έχει ο κοινωνικός αποκλεισμός. Σε κείμενα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ο «κοινωνικός αποκλεισμός» ταυτίζεται σε μεγάλο βαθμό με τη φτώχεια και την περιθωριοποίηση. Η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι δύο έννοιες οι οποίες αρχικά μελετήθηκαν ξεχωριστά στο πέρασμα του χρόνου όμως η φτώχεια άρχισε να αντιμετωπίζεται σαν μια πολυδιάστατη έννοια. Έτσι, η φτώχεια συνδέθηκε με τον κοινωνικό αποκλεισμό θεωρώντας ότι η φτώχεια είναι η κεντρική εκδήλωση του κοινωνικού αποκλεισμού<sup>11</sup>.

Η φτώχεια είναι μια έννοια η οποία επικεντρώνει το ενδιαφέρον της κυρίως στη συμμετοχή των ανθρώπων στην εργασιακή ζωή. Οι αρνητικές επιπτώσεις της φτώχειας έχουν να κάνουν με τη δημιουργία ενός στερητικού τρόπου ζωής των πολιτών ο οποίος οφείλεται κυρίως στο χαμηλό εισόδημα.

Οι κοινωνικοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι οι αιτίες της φτώχειας στηρίζονται σε δύο πλαίσια δημόσιας πολιτικής, το πολιτιστικό και το δομικό. Όσον αναφορά στο πολιτιστικό πλαίσιο σύμφωνα με τους Οικονόμου και Φέρωνα<sup>12</sup> «αυτό διέπεται από την αντίληψη της κουλτούρας του φτωχού». Αυτό το πλαίσιο αναφέρεται στη συμπεριφορά του ατόμου η οποία οδηγεί στη φτώχεια. Το άτομο και οι ενέργειές του το οδηγούν στη φτώχεια και τα ίδια τα άτομα καθορίζουν «τη μοίρα τους». Επίσης το συγκεκριμένο πλαίσιο αναφέρεται στον παράγοντα της κληρονομικότητας και πως η φτώχεια περνά από γενιά σε γενιά χωρίς να μπορεί να εξαλειφθεί<sup>13</sup>.

Αντίθετα, το δομικό πλαίσιο αναφέρεται στους αιτιολογικούς παράγοντες της φτώχειας οι οποίοι οφείλονται στην άσκηση πιέσεων από τις κοινωνικές δομές, οι οποίες οδηγούν στην εμφάνιση της φτώχειας είτε με την μορφή κοινωνικών και οικονομικών διακρίσεων είτε με τη μορφή περιορισμένων ευκαιριών απασχόλησης.

---

<sup>10</sup> Βλ. άνωθι, Βεργέτης

<sup>11</sup> Οικονόμου, Κ., Φέρωνας, Α., (2006:122)

<sup>12</sup> Βλ. άνωθι

<sup>13</sup> Βλ. άνωθι

Το πλαίσιο αυτό αναφέρεται στην συγκέντρωση της κοινωνικοοικονομικής και πολιτικής εξουσίας σε ορισμένες χώρες (παγκόσμιο επίπεδο) ή σε κάποιες προνομιούχες ομάδες και εταιρίες (στο εσωτερικό μιας χώρας). Αυτό έχει ως συνέπεια οι αγορές να μην κινούνται ελεύθερα, ώστε να υπάρχει μια ισορροπία στο σύστημα προσφοράς και ζήτησης. Αντίθετα, οι ισχυρές ομάδες πιέζουν και οδηγούν τις αγορές να κινούνται σύμφωνα με τα δικά τους συμφέροντα. Με τον τρόπο αυτό οι φτωχοί παραμένουν στην ίδια οικονομική κατάσταση γιατί δεν τους δίνεται η δυνατότητα να συμμετέχουν στην λήψη αποφάσεων, ενώ στερούνται και πολιτικής δύναμης και δεν μπορούν να αμφισβητήσουν τις κυρίαρχες ομάδες<sup>14</sup>.

Με το πέρασμα του χρόνου εμφανίστηκαν νέες μορφές φτώχειας και περιθωριοποίησης. Οι πρώτες μορφές φτώχειας οφείλονταν στην οικονομική κρίση ενώ στην συνέχεια άλλες κοινωνικοοικονομικές και τεχνολογικές αλλαγές οδήγησαν στις καινούργιες μορφές φτώχειας. Οι κυριότερες αιτίες της εμφάνισης των καινούργιων μορφών φτώχειας είναι:

1. Η οικονομική αναδιάρθρωση της βιομηχανίας, η οποία πρόσφερε πολλές ευκαιρίες σε ορισμένους ενώ σε άλλους προσέφερε ανασφάλεια. Κάποιες από τις επιπτώσεις της αναδιάρθρωσης είναι ο υψηλός δείκτης ανεργίας, οι αλλαγές στο μισθολόγιο και η εμφάνιση νέων μορφών εργασίας οι οποίες είναι αβέβαιες και δεν παρέχουν κοινωνική προστασία.
2. Η μετανάστευση έχει συμβάλλει στη δημιουργία κοινωνικού αποκλεισμού και στην εμφάνιση νέων μορφών φτώχειας.
3. Το συγγενικό δίκτυο το οποίο περιλαμβάνει την οικογένεια, τους συγγενείς, τους φίλους κ.τ.λ., το οποίο δεν παρέχει την στήριξη στα άτομα που έχουν ανάγκη όπως γινόταν παλαιότερα.<sup>15</sup>

Ο κοινωνικός αποκλεισμός και η φτώχεια συνδέονται άμεσα και με την υγεία ενός ατόμου. Οι τρεις έννοιες της υγείας, της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού συνδέονται και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελεί μια κατάσταση και μια δυναμική διαδικασία, η οποία παρεμποδίζει τη συμμετοχή του ατόμου στα κοινωνικά αγαθά όπως είναι η υγεία, η απασχόληση κ.τ.λ. Η αδυναμία συμμετοχής του ατόμου στους παραπάνω τομείς οδηγούν στη φτώχεια και στην εξαθλίωση. Η έλλειψη υλικών πόρων και

---

<sup>14</sup> Οικονόμου, Κ., Φέρωνας, Α., (2006:122)

<sup>15</sup> Καραντινός, Δ., Μαράτου, Λ., Φρονίμου, Ε., (2005:15)

εισοδήματος είναι μια από τις αιτίες του κοινωνικού αποκλεισμού. Σημαντικό είναι το γεγονός, άνθρωποι που ζουν σε συνθήκες φτώχειας έχουν αυξημένη θνησιμότητα και νοσηρότητα σε σχέση με άτομα τα οποία έχουν υψηλό βιοτικό επίπεδο<sup>16</sup>.

Άλλο ένα επίπεδο στο οποίο εισβάλλει και επηρεάζει ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι η εκπαίδευση. Σύμφωνα με την Καντζάρα στο Οικονόμου και Φέρωνα<sup>17</sup> «ο αποκλεισμός αφορά στις ακόλουθες ρυθμίσεις και πρακτικές των φορέων εκπαίδευσης:

1. Απαγόρευση ή περιορισμό της δυνατότητας πρόσβασης (ένα παράδειγμα στην απαγόρευση ή στον περιορισμό της δυνατότητας πρόσβασης στην εκπαίδευση είναι η αδυναμία πρόσβασης των κοριτσιών στα πανεπιστήμια πριν το τέλος του 19<sup>ου</sup> αιώνα, όπως και η περιορισμένη πρόσβαση των κοριτσιών σε στρατιωτικές σχολές).

2. Άρνηση εγγραφής (ένα παράδειγμα για την άρνηση εγγραφής είναι η άρνηση ορισμένων διευθυντών να πραγματοποιήσουν την εγγραφή παιδιών που ανήκουν στην φυλή των Ρομά

3. Έλλειψη παροχής εκπαίδευσης σε ικανοποιητικό βαθμό (παράδειγμα στην έλλειψη παροχής ικανοποιητικής εκπαίδευσης είναι τα παιδιά ορισμένων μειονοτήτων ή παιδιά με ειδικές ανάγκες για τα οποία δεν υπάρχουν οι κατάλληλες δομές για την εκπαίδευσή τους)

4. Έλλειψη διαδοχικής εκπαίδευσης (με τον όρο διαδοχική εκπαίδευση εννοείται η παροχή δυνατότητας φοίτησης σε ανώτερη βαθμίδα).

Η αδυναμία πρόσβασης στην εκπαίδευση οδηγεί στον κοινωνικό αποκλεισμό και στην αδυναμία άσκησης σε ένα από τα σημαντικότερα κοινωνικά δικαιώματα που έχει ο κάθε πολίτης την εκπαίδευση. Επομένως, οι κοινωνικά αποκλεισμένοι στερούνται τα βασικά δικαιώματά τους, ενώ ταυτόχρονα αποκλείονται και από τους μηχανισμούς της παραγωγής, παροχής και αναδιανομής των πόρων<sup>18</sup>.

---

<sup>16</sup> Οικονόμου, Κ., Φέρωνας, Α., (2006:325)

<sup>17</sup> Οικονόμου, Κ., Φέρωνας, Α., (2006:365)

<sup>18</sup> Καραντινός, Δ., Μαράτου, Λ., Φρονίμου, Ε., (2005:87)

## 1.2. Στερεότυπα και προκαταλήψεις.

Ξεκινώντας την αναφορά στα στερεότυπα κρίνεται ωφέλιμο να γίνει μια ιστορική αναδρομή στην έννοια αυτή. «Τον όρο στερεότυπο εισήγαγε ο Lippmann στις αρχές της δεκαετίας του 1920. Ωστόσο ο Lippmann ήταν αρκετά μπροστά από την εποχή του καθώς ήδη υποστήριζε ότι τα στερεότυπα είναι φορτισμένα τόσο από την κοινωνική πραγματικότητα όσο και από τα συναισθήματά μας και ότι το πρόβλημά τους είναι η μερική και προκατειλημμένη φύση τους»<sup>19</sup>.

Η επιστήμη πίστευε ότι τα στερεότυπα είναι χρήσιμα για την τοποθέτηση των πληροφοριών που δέχεται ένας άνθρωπος σε μια τάξη. Η άποψη αυτή κράτησε μέχρι το 1950 όπου η επιστήμη αντιλήφθηκε ότι η αντίληψη είναι μια διαδικασία ενεργητική, η οποία σου προσφέρει την δυνατότητα της κρίσης και αξιολόγησης<sup>20</sup>. Στο πέρασμα των χρόνων έγιναν πολλές έρευνες και εκφράστηκαν πολλές διαφορετικές απόψεις για τα στερεότυπα καταλήγοντας σε ένα αποδεκτό ορισμό ο οποίος αναφέρει πως: «Το στερεότυπο ορίζεται ως το συναίσθημα αποδοχής ή απόρριψης ενός ατόμου ή μιας ομάδας, το οποίο πηγάζει από πραγματική εμπειρία που παράγει συγκινησιακή αντίδραση»<sup>21</sup>.

Η έννοια του στερεότυπου μπορεί να θεωρηθεί ως ένα σύνολο απόψεων για μια συγκεκριμένη ομάδα της οποίας τα μέλη έχουν κοινά χαρακτηριστικά. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τα άτομα αυτής της ομάδας να διαχωρίζονται από άλλες κοινωνικές ομάδες. Η ομάδα αυτή θεωρείται ότι είναι ένα ομογενοποιημένο σύνολο και οι πιθανές διαφορές που παρουσιάζονται σε αυτό περνούν απαρατήρητες. Δηλαδή, οι άνθρωποι έχουν την τάση να σχηματίζουν μια θετική εικόνα για τα μέλη της ομάδας τους, ενώ σχηματίζουν μια αρνητική εικόνα για τα μέλη άλλων κοινωνικών ομάδων ανεξάρτητα με το αν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα

Το στερεότυπο μπορεί πιο απλά να περιγραφεί ως εξής: το άτομο το οποίο ζει στο περιβάλλον του για να μπορέσει να λειτουργήσει χρειάζεται να απλοποιήσει το περιβάλλον αυτό και να του δώσει μια απλούστερη μορφή. Η εικόνα αυτή μεσολαβεί ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον και αποτελεί το στερεότυπο<sup>22</sup>.

---

<sup>19</sup> Δραγώνα, Θ., (2002-2004),

<sup>20</sup> Βλ. άνωθι, Δραγώνα

<sup>21</sup> Καλατζή, Α., Σιδέρη-Ζόνιου, Α., Βλάχου, Α., (1998)

<sup>22</sup> Λαμπρίδης, Ε., (2004:72-74)

Τα βασικά χαρακτηριστικά του στερεότυπου περιλαμβάνουν :

α. Την εικόνα που έχω για τον άλλο και ανάλογα με το πως αξιολογείται μπορεί να είναι θετική ή αρνητική<sup>23</sup>.

β. Γενικά τα στερεότυπα τείνουν να είναι αρνητικά λόγω της μη αντικειμενικής τους προσέγγισης.

γ. Η υπερβολή που δίνει μια μη αληθινή απόδοση των ιδιοτήτων που χαρακτηρίζουν μια ομάδα και κάθε μέλος της. Η υπερβολή μπορεί να διακρίνεται στο επίπεδο των ιδιοτήτων που χαρακτηρίζουν μια ομάδα, στο επίπεδο έκφρασης του διαφορετικού χαρακτηριστικού και στο επίπεδο γενίκευσης αυτού του χαρακτηριστικού και στα υπόλοιπα μέλη της ομάδας<sup>24</sup>.

δ. Τα στερεότυπα έχουν συλλογικό χαρακτήρα. Είναι διαδεδομένα σε ομάδες ατόμων, οι οποίες τα δέχονται και τα χρησιμοποιούν απέναντι στις ομάδες στις οποίες αναφέρονται<sup>25</sup>.

Τα στερεότυπα δημιουργούνται και αναπαράγονται με διάφορους τρόπους όπως με την κοινωνικοποίηση, τα Μ.Μ.Ε. και την καθημερινή επικοινωνία ενός ατόμου. Τα στερεότυπα δεν είναι αποτέλεσμα κάποιας συμπεριφοράς αλλά η πρόθεση κάποιων ατόμων άλλων κοινωνικών ομάδων να δημιουργήσουν συγκεκριμένες εικόνες με απώτερο στόχο την χειραγώγηση της κοινωνικής πραγματικότητας<sup>26</sup>.

Ένας τρόπος σχηματισμού των στερεοτύπων είναι η γενίκευση μιας συμπεριφοράς ενός ατόμου ώστε να χαρακτηριστεί η ομάδα της στο σύνολο. Αυτό είναι φανερό σε μέλη μεγάλων ομάδων τα οποία είναι σε ετοιμότητα ώστε να εντοπίσουν συμπεριφορές ατόμων μικρότερων ομάδων, ώστε να χαρακτηρίσουν ολόκληρη την ομάδα τους.

Επίσης, σημαντική παρατήρηση αποτελεί το γεγονός ότι τα μέλη μιας ομάδας είναι λιγότερο παρατηρητικά με τα μέλη της δικής τους ομάδας σε σχέση με τα μέλη οποιασδήποτε άλλης ομάδας. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι δεν αντιλαμβάνονται την διαφοροποίηση και δεν είναι έτοιμοι να επιπλήξουν το μέλος αυτό ή και να το αποβάλλουν από την ομάδα.

Ο τρόπος με τον οποίο διατηρείται το στερεότυπο είναι η **αφομοίωση**. Δηλαδή, τα άτομα γίνονται αντιληπτά ως όμοια με το στερεότυπο που τους αφορά γεγονός που

---

<sup>23</sup> Καλατζή, Α., Σιδέρη-Ζόνιου, Α., Βλάχου, Α., (1998)

<sup>24</sup> Μιτίλης, Αχ., (1997)

<sup>25</sup> Λαμπρίδης, Ε., (2004:72)

<sup>26</sup> Λαμπρίδης, Ε., (2004:72-74)



δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Για παράδειγμα, αν γίνει μια κλοπή κοντά σε περιοχή που ζουν Τσιγγάνοι το πιο πιθανό είναι να θεωρηθεί ότι ο δράστης είναι Τσιγγάνος. Οι άνθρωποι έχουν την τάση να χρησιμοποιούν την άποψη που έχουν σχηματίσει εξαρχής για ένα πρόσωπο ανεξάρτητα με τα υπάρχοντα δεδομένα. Η τάση αυτή γίνεται ακόμα πιο έντονη όταν η άποψη έχει να κάνει με την εθνικότητα, το φύλο, τη θρησκεία, όπου αυτόματα οι πληροφορίες ανακλώνται στην συνείδηση χωρίς να υπάρξει επεξεργασία των νέων πληροφοριών.

Λειτουργικά τα στερεότυπα παίζουν το ρόλο των φίλτρων στις εισερχόμενες πληροφορίες τις οποίες κατατάσσει στις κατηγορίες που ήδη υπάρχουν. Με αυτό τον τρόπο αποφεύγεται η πιθανότητα δημιουργίας νέων κατηγοριών οι οποίες μπορεί οδηγήσουν στον αποπροσανατολισμό του ατόμου. Τα στερεότυπα μπορεί να εμφανίζονται:

1. σε περιπτώσεις διένεξης κοινωνικών ομάδων προκειμένου το άτομο να αποφασίσει τι στάση θα κρατήσει
2. για να τεκμηριώσουν την στάση και την άποψη του ατόμου προς όφελός τους.

Οι λειτουργίες των στερεοτύπων διακρίνονται ως κοινωνική αιτιολόγηση, κοινωνική τεκμηρίωση και κοινωνική διαφοροποίηση. Η κοινωνική αιτιολόγηση στα στερεότυπα εμφανίζεται στον τρόπο με τον οποίο μια κοινωνική ομάδα αναγνωρίζει μια συγκεκριμένη ομάδα ως υπεύθυνη για τα προβλήματα που παρουσιάζονται στην συγκεκριμένη κοινωνία. Η κοινωνική τεκμηρίωση εστιάζει στην λεπτομερή ανάλυση της συμπεριφοράς μιας κοινωνικής ομάδας με στόχο την δικαιολόγηση των πράξεων αυτών. Η κοινωνική διαφοροποίηση εστιάζει στην ενίσχυση των διαφορών που ενισχύουν την εικόνα της ομάδας στην οποία ανήκει το άτομο<sup>27</sup>.

«Η προκατάληψη είναι η αρνητική ή θετική στάση απέναντι στον «άλλο». Η κοινωνική θέση των ατόμων μιας κοινωνικής κατηγορίας δεν είναι αποτέλεσμα των ικανοτήτων τους αλλά των διακρίσεων ότι ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία και αυτό είναι η προκατάληψη [...]. Στο κέντρο της προκατάληψης υπάρχουν δύο έννοιες α) η **άγνοια** η οποία προκαλεί στην συνέχεια τις προκαταλήψεις και β) ο **φόβος** ο οποίος πηγαίνει βαθύτερα από την άγνοια είναι η ρίζα την προκατάληψης και αναφέρεται στο προνόμιο και την δύναμη»<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup> Λαμπρίδης, Ε., (2004:75-80)

<sup>28</sup> Κούτρα, Κ., (2007)

Η προκατάληψη μπορεί να έχει και θετική και αρνητική επίδραση σε μια ομάδα. Η θετική αντίδραση μπορεί να συμβεί όταν κοινά στοιχεία όπως θρησκεία, εθνικότητα δημιουργούν σε ένα άτομο θετική προκατάληψη για ένα άλλο<sup>29</sup>. Μορφή με την μεγαλύτερη συχνότητα είναι η προκατάληψη με αρνητικές επιδράσεις. Η καχύποπτη, εχθρική και κάποιες φορές εγκληματική συμπεριφορά των μελών μιας ομάδας προς τα μέλη μιας άλλης ονομάζεται προκατάληψη.

Η θετική άποψη που διατηρεί μια ομάδα ακόμα και όταν είναι ατεκμηρίωτη μπορεί να οδηγήσει στην ευνοϊκή μεταχείριση της ομάδας αυτής και στην υποτίμηση των άλλων κοινωνικών ομάδων στις οποίες δεν ανήκουν<sup>30</sup>.

Σημαντικός παράγοντας ο οποίος επηρεάζει την δημιουργία και διατήρηση της προκατάληψης είναι η ψυχολογική ωρίμανση ενός ατόμου. Όσο λιγότερο ψυχολογικά ώριμο είναι ένα άτομο τόσο μεγαλύτερες και διάχυτες προκαταλήψεις έχει. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το άτομο δεν έχει αποχωριστεί συναισθηματικά από την οικογένεια του ώστε να μπορέσει να αυτονομηθεί και να διαφοροποιηθεί<sup>31</sup>.

Η προκατάληψη διακρίνεται σε δύο μορφές, την **φανερή** και την **κρυφή**. Όσον αφορά την φανερή προκατάληψη, αυτή δέχεται την γενετική υπεροχή των ατόμων - μελών καθώς και την γενετική κατωτερότητα των ατόμων που δεν αποτελούν μέλη της ομάδας. Η φανερή προκατάληψη αφορά την απόφαση της μη διαπροσωπικής με άτομα άλλων ομάδων και απαγορεύει οποιαδήποτε συναισθηματική επαφή, κυρίως το γάμο σε άτομα διαφορετικών ομάδων. Η κρυφή προκατάληψη χαρακτηρίζεται από την απουσία θετικών συναισθημάτων προς τα μέλη άλλων ομάδων. Τα άτομα αυτά δεν εκδηλώνουν την προκατάληψή τους με αρνητική στάση απέναντι στα μέλη της ομάδας αλλά κρατούν μια υποκριτική στάση και καλύπτουν τα πραγματικά τους συναισθήματα. Αλλάζει δηλαδή το εξώφυλλο αλλά η ουσία παραμένει ίδια. Λόγω αυτής της καταπίεσης των συναισθημάτων τα άτομα αυτά είναι πιθανό να αποκτήσουν αρνητικά συναισθήματα για τα άτομα άλλων κοινωνικών ομάδων. Τα συναισθήματα αυτά μπορεί να εκδηλώνονται ήπια π.χ. αποστροφή ή έντονα π.χ. θυμός. Τα ήπια συναισθήματα μπορεί να προκαλέσουν μόνο την αποφυγή αυτών των ατόμων, ενώ τα έντονα μπορεί να οδηγήσουν σε ρατσιστική συμπεριφορά<sup>32</sup>.

---

<sup>29</sup> Ιωαννίδου-Johnson, A., (2009:13)

<sup>30</sup> Λαμπρίδης, E., (2004:83-84)

<sup>31</sup> Ιωαννίδου-Johnson, A., (2009:16)

<sup>32</sup> Λαμπρίδης, E., (2004:88-91)

### **1.3. Κοινωνικός αποκλεισμός: η περίπτωση των τσιγγάνων.**

Μια από τις κοινωνικές ομάδες που αντιμετωπίζουν τον κοινωνικό αποκλεισμό είναι οι Τσιγγάνοι. Στην Ελλάδα σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία ζουν περίπου 250.000 τσιγγάνοι και αποτελούν το 4% περίπου του πληθυσμού της χώρας, αν και τα ανεπίσημα στοιχεία εκτιμούν ότι ο συνολικός αριθμός είναι πολύ υψηλότερος. Ο μισός πληθυσμός των τσιγγάνων είναι μόνιμα εγκατεστημένος, κυρίως στην περιοχή γύρω από την Αθήνα, ενώ ο υπόλοιπος μισός είναι μετακινούμενος, συνήθεια η οποία δεν είναι πλέον τόσο έντονη όσο παλαιότερα. Παράλληλα με τον ευρέως γνωστό όρο Τσιγγάνοι, χρησιμοποιούνται και οι προσδιορισμοί Γύφτοι, Γκατζέ, Κατσιβελοί, Ρόμι, και Σίντι σε μικρότερη βεβαίως συχνότητα στην Ελλάδα απ' ότι ενδεχομένως συμβαίνει σε άλλες χώρες.

Ως Έλληνες πολίτες δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, χωρίς καμία απολύτως εις βάρος τους διάκριση. Εντούτοις, ο βαθμός ένταξής τους στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης παραμένει σε πολύ χαμηλά επίπεδα, ενώ μελέτες αναφέρουν ότι αγνοούν τα περισσότερα από τα δικαιώματά τους στο τομέα της περίθαλψης. Όλες οι άλλες συνιστώσες του κοινωνικού αποκλεισμού των τσιγγάνων φαίνεται ότι έχουν κλονίσει σημαντικά και την εμπιστοσύνη τους απέναντι στο δημόσιο σύστημα υγείας.

Ενδεικτικά, αξίζει να αναφερθεί ότι παρόλο που συνήθως οι τσιγγάνες γεννούν σε ένα δημόσιο νοσοκομείο δεν είναι σχεδόν ποτέ πρόθυμες να αναπτύξουν μία σταθερή σχέση με το προσωπικό των κλινικών μετά την γέννα. Όσον αφορά στην διάρκεια της εγκυμοσύνης, ένα μικρό ποσοστό των εγκύων υποβάλλεται σε προγεννητικό ιατρικό έλεγχο σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε από την «Εύξεινη Πόλη» ανάμεσα σε επαγγελματίες της υγείας.

Στα πλαίσια μιας άλλης έρευνας βασισμένης αποκλειστικά σε συνεντεύξεις με τσιγγάνους και τσιγγάνες διαφόρων περιοχών προκύπτουν ανάλογα συμπεράσματα. Σε σχετικές ερωτήσεις αποκλειστικά σε τσιγγάνες δόθηκαν οι εξής απαντήσεις: το 96% δηλώνει ως τόπο τοκετού το Νοσοκομείο, ενώ το 3,5% το σπίτι. Το 46% παρακολουθούνταν από γιατρό του Νοσοκομείου, το 20% από ιδιώτη γιατρό και το 32% δεν είχε καμία παρακολούθηση. Το 60% γνωρίζει τι είναι το Τεστ-Παπ και οι μισές το έχουν κάνει τουλάχιστον μία φορά, τη μαστογραφία γνωρίζει το 45% και την έχει κάνει μόνο το 10%.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι μια έννοια η οποία αναφέρεται στην ανισότητα και στον αποκλεισμό ορισμένων ομάδων στις ίσες ευκαιρίες για πρόσβαση στα κοινωνικά αγαθά<sup>33</sup>.

Οι διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού των Τσιγγάνων ορίζονται ως η ανεπαρκής πρόσβαση στους θεσμούς και τα κοινωνικά δικαιώματά της<sup>34</sup>:

- Αστικής και δημοτικής κατάστασης και της σχέσης με τον νόμο.
- Εγκατάστασης , διαμονής , κατοικίας.
- Υγείας, Κοινωνικής Πρόνοιας και Κοινωνικής Πολιτικής.
- Εκπαίδευσης.
- Απασχόλησης και κοινωνική ασφάλιση.

Η σχέση των Τσιγγάνων και του κοινωνικού αποκλεισμού είναι σκόπιμο να διερευνάται ως μια αλληλεπίδραση μεταξύ των Τσιγγάνων και της ελληνικής κοινωνίας. Ανάμεσα σε αυτή τη σχέση υπήρχαν και συνεχίζουν να υπάρχουν εμπόδια, τα οποία δεν της επιτρέπουν να είναι αρμονική. Από την μια πλευρά υπάρχει η ελληνική κοινωνία, η οποία προσπαθεί να αφομοιώσει τους Τσιγγάνους ή να τους απομακρύνει από τη χώρα και από την άλλη πλευρά οι Τσιγγάνοι προσπαθούν να θέσουν τους δικούς τους όρους, προκειμένου να μπορέσουν να κρατήσουν την πολιτισμική τους ταυτότητα.

Όλα τα παραπάνω γεγονότα έχουν δημιουργήσει στερεότυπες απόψεις και προκαταλήψεις για τους Τσιγγάνους που θεωρούνται οι σημαντικότεροι μηχανισμοί, οι οποίοι οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό των Ρομ. Σύμφωνα με κάποιες στερεοτυπικές απόψεις που υπάρχουν, οι Τσιγγάνοι χαρακτηρίζονται με δύο όψεις. Από τη μια ένας Τσιγγάνος παρουσιάζεται ως ερωτικός, με αγάπη για τη μουσική και την οικογένεια και από την άλλη περιγράφεται ως βρώμικος, κλέφτης, ψεύτης και έτοιμος να εξαπατήσει τους πάντες. Όλες αυτές οι στερεοτυπικές απόψεις οδηγούν στην περιθωριοποίηση και τον κοινωνικό αποκλεισμό του Ρομ. Οι προκαταλήψεις που υπάρχουν για τους Ρομ βασίζονται κυρίως στην **άγνοια** και στη **δυσκολία** της αποδοχής της διαφορετικότητας. Η άρνηση της αποδοχής αυτής της ομάδας ανθρώπων οδηγούν στις διακρίσεις εις βάρος των Ρομ και σε ρατσιστικές εκδηλώσεις<sup>35</sup>.

---

<sup>33</sup> Καραντινός, Δ., Μαράτου-Αλιμπράντη, Λ., Φρονίμου, Ε., (2005:493)

<sup>34</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://www.oikokoinonia.gr> [Πρόσβαση: 15 Φεβρουαρίου 2010]

<sup>35</sup> Καραντινός, Δ., Μαράτου-Αλιμπράντη, Λ., Φρονίμου, Ε., (2005:493-495)

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Οργανισμό για τα Θεμελιώδη Δικαιώματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (FRA) διαπιστώθηκε ότι η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση όσον αφορά στις ρατσιστικές επιθέσεις σε βάρος των Ρομά. Το 55% των Ρομά αναφέρει ότι έχει πέσει θύμα διακρίσεων σε διάφορες υπηρεσίες και το άλλο 54% αναφέρει ότι έχουν πέσει θύματα επίθεσης λόγω της καταγωγής τους. Το 90% των ερωτηθέντων απάντησε ότι δεν έχει δηλώσει τα περιστατικά στην αστυνομία γιατί δεν πιστεύουν ότι θα γίνει κάτι ενώ το 39% φοβούνται ότι αν καταγγείλουν το περιστατικό θα έχουν αρνητικές συνέπειες οι ίδιοι από την αστυνομία. Το μεγαλύτερο ποσοστό διάκρισης που αντιμετωπίζουν οι Έλληνες Ρομά είναι στην πρόσβασή τους σε υπηρεσίες και το ποσοστό αγγίζει το 30% και κατά σειρά ακολουθεί με 24% η αναζήτηση εργασίας, με 23% οι υπηρεσίες υγείας, με 20% η στέγαση και το 10% τη συμπεριφορά του προσωπικού των σχολείων απέναντί τους<sup>36</sup>.

Ο αποκλεισμός που βιώνουν οι Τσιγγάνοι χωρίζεται σε δύο είδη: **το χωρικό** αποκλεισμό και τον **κοινωνικό** αποκλεισμό. Όσον αφορά στο χωρικό αποκλεισμό, το κυρίαρχο πρόβλημα αποτελεί η κατοικία. Οι Ρομ φτιάχνουν τους καταυλισμούς κυρίως έξω από διάφορους οικισμούς σε γη που δεν τους ανήκει. Δεν έχουν τη δυνατότητα να χτίσουν κατοικίες και ζουν απροστάτευτοι σε παράγκες. Στους καταυλισμούς δεν υπάρχει ηλεκτροδότηση και αποχέτευση και ζουν σε συνθήκες εξαθλίωσης, οι οποίες τους αποτρέπουν από την αξιοπρεπή διαβίωση και την συμμετοχή τους στην ελληνική κοινωνία, ενώ ο κοινωνικός αποκλεισμός περιλαμβάνει την εργασία, την εκπαίδευση, την υγεία και γενικότερα όλους οι τομείς, οι οποίοι είναι απαραίτητοι για την εξέλιξη και την ανάπτυξη των ανθρώπων<sup>37</sup>.

Οι αντιδράσεις για την εγκατάσταση των Ρομ σε διάφορες περιοχές είναι έντονες τόσο από την πλευρά των κατοίκων, όσο και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Συγκρούσεις έχουν πραγματοποιηθεί όμως και μεταξύ διαφόρων Τσιγγάνικων ομάδων (φαρών). Όσον αφορά στην Τοπική Αυτοδιοίκηση χαρακτηριστικό παράδειγμα της μη αποδοχής των Τσιγγάνων αποτελεί το γεγονός ότι μόλις επιτράπηκε η πολιτογράφηση, αρνήθηκαν να εγγράψουν τους Ρομ στα δημοτολόγια.

Ένα ακόμα σημαντικό ζήτημα που απασχολεί τους Τσιγγάνους είναι η απασχόληση και το εισόδημα. Στην περίπτωση των Τσιγγάνων, ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι το κυριότερο εμπόδιο για την εισοδό τους στην εργασία. Αυτό δεν

<sup>36</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://www.medlabou>. [Πρόσβαση: 9 Φεβρουαρίου 2010]

<sup>37</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://www.stasi.gr> [Πρόσβαση: 27 Φεβρουαρίου 2010]

είναι αποτέλεσμα έλλειψης θέσεων εργασίας για τους Ρομ, αλλά η απουσία ίσων ευκαιριών στην πρόσβασή τους στην εκπαίδευση, στην εργασία, στην υγεία κ.τ.λ.

«Οι κυριότερες αιτίες του αποκλεισμού των Τσιγγάνων από την αγορά εργασίας είναι:

- η αστάθεια της εργασίας (εποχιακές δουλειές)
- η μη νομιμότητα της εργασίας
- ανασφάλεια της εργασίας (έλλειψη κοινωνικής ασφάλισης)
- υπαμειβόμενη εργασία (χαμηλή αμοιβή)
- κοινωνικά απροστάτευτη εργασία (καταπάτηση δικαιωμάτων, ανοχή στην παιδική εργασία)
- φθίνουσα εργασία (ανάπτυξη καταναλωτικών προϊόντων, βιομηχανοποίηση ειδών)
- ανειδίκευτη εργασία (μη πρόσβαση στο εκπαιδευτικό σύστημα)»<sup>38</sup>.

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2005), άλλο ένα πολύ σημαντικό ζήτημα που απασχολεί τους Τσιγγάνους και αποτελεί ένα σοβαρό παράγοντα που οδηγεί στον αποκλεισμό, είναι η εκπαίδευση. Το μεγαλύτερο μέρος των Ρομά παρουσιάζει μεγάλο ποσοστό αναλφαβητισμού και η εκπαιδευτική τους ικανότητα παραμένει μη ικανοποιητική<sup>39</sup>.

Οι αναλφάβητοι Έλληνες Τσιγγάνοι υπολογίζονται ότι είναι το 65% ενώ τα Τσιγγανόπουλα παρουσιάζουν πολύ μικρό ποσοστό εγγραφής στα σχολεία. Τα κυριότερα αίτια της μη συμμετοχής των Τσιγγάνων στο εκπαιδευτικό σύστημα είναι:

1. η νομαδική ζωή
2. η απόρριψη της αξίας του σχολείου
3. γλωσσικές δυσκολίες
4. η μη αποδοχή τους στο σχολικό περιβάλλον
5. η μη αποδοχή τους από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Τις τελευταίες 10ετίες, οι κοινωνικές και ψυχολογικές μελέτες, έχουν σκοπό να καταπολεμήσουν τον κοινωνικό αποκλεισμό, προσπαθώντας να αποκαταστήσουν μια μερίδα ατόμων που αποτελούν θύματα ενός αδικαιολόγητου στιγματισμού οδηγώντας

---

<sup>38</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://www.oikokoionia.gr> [Πρόσβαση: 3 Μαρτίου 2010]

<sup>39</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2005), Για το θέμα βλ. σχετικά: [http://www.europa.eu.int/comm/education/policies/2010/doc/progressreport06\\_el.pdf](http://www.europa.eu.int/comm/education/policies/2010/doc/progressreport06_el.pdf) (12/10/2005)

[Πρόσβαση: 15 Μαρτίου 2010]

τους στο περιθώριο. Τα άτομα που βιώνουν τον αποκλεισμό συναντούν διαρκώς εμπόδια στην άσκηση των φυσικών δικαιωμάτων τους. Η παραβίαση των ατομικών και ανθρώπινων δικαιωμάτων τους έχει ως συνέπεια την ψυχολογική τους φθορά και την διαβίωση κάτω από συνθήκες εξαθλίωσης. Οι κοινωνίες πάντα είχαν την τάση να συμπεριφέρονται μειωτικά σε πληθυσμιακές ομάδες ή μεμονωμένα άτομα εξαιτίας των διαφορετικών τους χαρακτηριστικών. Παράλληλα, κάθε κοινωνία στην οποία ζει μια ευπαθής ομάδα όπως είναι και οι Ρομ, προσπαθεί να διατηρήσει τα δικά της πολιτισμικά χαρακτηριστικά, επιβάλλοντας έτσι τον μονοπολιτισμό. Η άρνηση από μέρους της ομάδας να ενστερνιστεί τις κυρίαρχες συμπεριφορές, την οδηγεί αυτόματα σε μια κατάσταση ευπάθειας, απαγορεύοντάς της να διατηρήσει μια θέση στην κοινωνική ζωή του τόπου<sup>40</sup>.

Οι επιπτώσεις στην υγεία των Τσιγγάνων που βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό είναι πολύ σοβαρές. Συγκεκριμένα σε έρευνα του Υπουργείου Εργασίας προέκυψε ότι ένα στα δύο άτομα πάσχει από χρόνια ασθένεια. Συγκεκριμένα καρδιοπάθειες, αναπνευστικά προβλήματα (άσθμα), ψυχικές ασθένειες, νευρολογικές ασθένειες, σοβαρά οδοντιατρικά προβλήματα. Ένα ακόμη σημαντικό πρόβλημα αποτελεί η ηπατίτιδα η οποία δείχνει ότι είναι σε επιπολασμό. Τα περισσότερα από τα παραπάνω προβλήματα οφείλονται στις άθλιες συνθήκες διαβίωσης που περιλαμβάνουν τις άσχημες συνθήκες υγιεινής και της σίτισης, όπως επίσης σχετίζονται και με την ανεργία, τη φτώχεια, καθώς και με τις συνθήκες της στέγασής τους<sup>41</sup>.

Οι επιπτώσεις του κοινωνικού αποκλεισμού που υφίσταται η ευπαθής ομάδα των Ρομ, είναι οι ακόλουθες:

- Η ελλιπής εκπαίδευση και η συνακόλουθη ανεργία των ρόμα προωθούν ένα ακόμη πρόβλημα: τη φτώχεια, την ένδεια. Η ανεργία οδηγεί σε καταστάσεις μεγάλης φτώχειας. Η φτώχεια ανάλογα με το πόσο ευάλωτη είναι η συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα, μπορεί να προωθήσει παρεκκλίνουσες αλλά και παραβατικές ή εγκληματικές συμπεριφορές.
- Τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις, οι κατηγοριοποιήσεις, οι συχνά λανθασμένες κοινωνικές κατασκευές για τα χαρακτηριστικά της φυλής των

---

<sup>40</sup> Σδράλη, Δ., και Καραμέτου, Π.,(χ.χ.)

<sup>41</sup> Καψάλης Α, (2003) Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://www.inegsee.gr/enimerwsi-112-doc3.htm>  
[Πρόσβαση: 19 Απριλίου 2010]

Ρομ εμποδίζει και συχνά απαγορεύει στην ομάδα να διατηρήσει μια αξιοπρεπή θέση στη κοινωνική ζωή.

- Η πιθανή επιθετικότητα, παραβατικότητα και εγκληματικότητα που μπορεί να εκδηλώσουν τα μέλη των ομάδων κοινωνικού αποκλεισμού, παράγεται από τη ζωή στο περιθώριο. Η στέρηση κάθε ανθρώπινου και ατομικού δικαιώματος, ο συνεχής στιγματισμός και η αυξανόμενη καχυποψία οδηγούν στην καταστρατήγηση των νομικών και κοινωνικών κανόνων, αποτέλεσμα του θυμού και της επιθετικότητας που εγείρει ο αποκλεισμός.
  - Οι Ρομ θύματα των διακρίσεων, του αποκλεισμού, της προκατάληψης, της δεισδαιμονίας και της άρνησης συμμετοχής στα κοινά, οδηγούνται σε συναισθηματικές πιέσεις<sup>42</sup>.
1. Κυρίαρχο συναίσθημα των ομάδων που βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό είναι το άγχος, συνέπεια της αβεβαιότητας και της ανασφάλειας, με αποτέλεσμα αυτό να γίνεται αιτία θυμού, οργής, επιθετικότητας, βίας, αλλά και κατάθλιψης<sup>43</sup>. Ένα ακόμη συναίσθημα που βιώνουν τα θύματα του κοινωνικού αποκλεισμού είναι η ματαίωση. Το συναίσθημα αυτό μειώνει την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμηση του ατόμου.
  2. Επίσης, πολλά άτομα βιώνουν συναισθήματα ενοχής, επειδή δεν είναι σε θέση να προσφέρουν τόσο σε ατομικό όσο και σε οικογενειακό επίπεδο τη δυνατότητα μιας ποιοτικής ζωής.
  3. Παράλληλα, η απομάκρυνση από τη χώρα καταγωγής δημιουργεί συναισθήματα απώλειας και πένθους, ενώ τα συναισθήματα πικρίας είναι συνηθισμένα λόγω της ζωής των ατόμων αυτών, συνήθως, κάτω από τα όρια της ανθρώπινης αξιοπρέπειας<sup>44</sup>. Ιδιαίτερα συνηθισμένο είναι και το συναίσθημα της πικρίας, αποτέλεσμα της αδικίας και της εκμετάλλευσης που βιώνουν τα άτομα αυτά, συναίσθημα που προωθεί την παραίτηση και την έντονη μιζέρια.
  4. Οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις και τα ξεσπάσματα μέσα στην οικογένεια είναι συχνό φαινόμενο που απορρέει από όλα τα προαναφερθέντα συναισθήματα.

---

<sup>42</sup> Καψάλης, Α., (2003) Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://www.inegsee.gr/enimerwsi-1112-doc3.htm>  
[Πρόσβαση: 19 Απριλίου 2010]

<sup>43</sup> Σδράλη, Δ., και Καραμέτου, Π., (χ.χ.)

<sup>44</sup> Λασιθιωτάκη, Μ., (2005)



5. Τέλος, η προκατάληψη και τα στερεότυπα του κοινωνικού συνόλου απέναντι στους ρόμα τους οδηγεί στην κοινωνική απομόνωση. Τα συναισθήματα αυτά φαίνεται να αποτελούν συνειδητή επιλογή των ατόμων αυτών προκειμένου να αμυνθούν από το στιγματισμό και την απόρριψη που δέχονται<sup>45</sup>.

#### **1.4. Καταυλισμός Τσιγγάνων Νέας Αλικαρνασσού.**

Η Νέα Αλικαρνασσοί είναι ένας μικρός προσφυγικός Δήμος, ο οποίος ανήκει στο Δήμο Ηρακλείου, γνωστός από τις φυλακές βαρυποινιτών που είναι σχεδόν μέσα στον οικισμό. Βρίσκεται σε μια σχετικά υποβαθμισμένη περιοχή ανάμεσα στο λιμάνι, το αεροδρόμιο και τη βιομηχανική περιοχή του Ηρακλείου. Εντός των διοικητικών ορίων του βρίσκεται και ο καταυλισμός των Τσιγγάνων. Ο καταυλισμός βρίσκεται ανάμεσα στην εθνική οδό και την βιομηχανική περιοχή, 500 μέτρα περίπου από το τελευταίο σπίτι του Δήμου. Πρόσφατα ακριβώς δίπλα στο καταυλισμό οικοδομήθηκε το Αστυνομικό Μέγαρο Ηρακλείου. Ο καταυλισμός είναι ένας οικισμός παράγκας χωρίς νερό, χωρίς φως, χωρίς αποχέτευση, χωρίς συστηματική αποκομιδή σκουπιδιών. Ο καταυλισμός δημιουργήθηκε το 1983, παρόλα αυτά όμως οι αρχές της Νέας Αλικαρνασσοί από το 1995 θεωρούν παράνομο τον καταυλισμό και κάνουν ότι μπορούν για να τον διώξουν από την περιοχή<sup>46</sup>.

Η τελευταία καταγραφή του πληθυσμού του καταυλισμού της Νέας Αλικαρνασσοί πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο προγράμματος του Οργανισμού Ανάπτυξης Ανατολικής Κρήτης (Ο.ΑΝ.Α.Κ.) για τη μετεγκατάστασή τους σε άλλη περιοχή. Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε το 2.000 και καταγράφηκαν 127 οικογένειες, (528 άτομα). Στο δυτικό καταυλισμό υπολογίστηκαν 87 οικογένειες, (322 άτομα) και στον ανατολικό καταυλισμό 40 οικογένειες, (206 άτομα)<sup>47</sup>. Οι αυξομειώσεις του πληθυσμού είναι συχνό φαινόμενο μιας και πολλές οικογένειες εγκαταλείπουν τον καταυλισμό, ενώ ταυτόχρονα έχουν έρθει πολλές νέες οικογένειες.

Ο καταυλισμός χωρίζεται νοητά σε δύο γειτονιές και ο λόγος είναι κυρίως θέμα καταγωγής. Οι σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα στους ανθρώπους των δύο αυτών γειτονιών είναι ανύπαρκτη και κάποιες φορές εχθρική. Η γειτονιά που βρίσκεται

---

<sup>45</sup> Ευπαθείς Κοινωνικές Ομάδες και ο Κοινωνικός Αποκλεισμός τους. Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.medlab-uoi.gr](http://www.medlab-uoi.gr) [Πρόσβαση: 29 Απριλίου 2010]

<sup>46</sup> Ένωση Πολιτών κατά του ρατσισμού και της ξενοφοβίας. Καταυλισμός Αθίγγανων Ν. Αλικαρνασσοί. 18-09-2009

<sup>47</sup> Καραθανάση, Ε., & Μαραβέγια, Μ., & Φυσέλιας, Σ., (2001)

δυτικά στον καταυλισμό ονομάζεται «πάνω καταυλισμός» και εκεί κατοικούν οικογένειες που έχουν καταγωγή από τη Χαλκίδα και βασικό χαρακτηριστικό τους είναι ότι μιλάνε μόνο Ελληνικά και καθόλου Ρομανί<sup>48</sup>. Στη μεριά αυτή του καταυλισμού υπάρχει μια σχετική ασφαλτόστρωση την οποία έχουν κάνει οι ίδιοι οι Ρομά, ενώ τα περισσότερα από τα σπίτια είναι φτιαγμένα με τούβλα. Τα παιδιά τους ακολουθούν συνήθως το επάγγελμα των γονιών τους από μικρή ηλικία με αποτέλεσμα να μην πηγαίνουν σχολείο. Οι γυναίκες Ρομ σε αυτή τη μεριά πάσχουν κυρίως από ψυχολογικά προβλήματα.

Αντίθετα, στην άλλη μεριά του καταυλισμού, η οποία ονομάζεται «κάτω καταυλισμός», κατοικείται από ανθρώπους που κατάγονται από την Πελοπόννησο. Οι άνθρωποι αυτοί βρίσκονται σε δυσκολότερη οικονομική κατάσταση και οι συνθήκες διαβίωσής τους είναι ακόμα πιο άσχημες, καθώς τα σπίτια τους είναι παράγκες φτιαγμένες από τσίγκο και δεν έχουν τουαλέτες. Στον εσωτερικό χώρο των σπιτιών αυτών υπάρχει μόνο ένα κρεβάτι και πλαστικές καρέκλες, το πάτωμα είναι στρωμένο με χαλιά. Οι τοίχοι καλύπτονται με κεντήματα και χράμια σε έντονα χρώματα, ενώ σε εμφανές σημείο υπάρχει μια στοίβα από κουβέρτες και σκεπάσματα ως ένδειξη νοικοκυροσύνης<sup>49</sup>. Στον «κάτω καταυλισμό» δεν υπάρχουν τουαλέτες, θέρμανση και οι συνθήκες υγιεινής είναι πολύ πιο άσχημες. Οι λιγοστοί κάδοι απορριμμάτων δεν επαρκούν, ενώ η αποκομιδή των σκουπιδιών δεν είναι συστηματική με αποτέλεσμα ο καταυλισμός να μετατρέπεται σε σκουπιδότοπο. Αυτές οι συνθήκες διαβίωσης αποτελούν προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση πολλών σοβαρών ασθενειών. Η κατάσταση επιδεινώνεται με τα καιρικά φαινόμενα το χειμώνα, καθώς δεν υπάρχει θέρμανση και το νερό της βροχής μπαίνει στις παράγκες. Μιλούν Ρομανί και Ελληνικά και το σημαντικότερο είναι ότι ωθούν τα παιδιά τους να παρακολουθήσουν κάποιες τάξεις στο σχολείο, ενώ και οι ίδιοι είναι θετικοί στην παρακολούθηση σεμιναρίων που πραγματοποιούνται<sup>50</sup>.

Γενικότερα, οι συνθήκες διαβίωσης είναι άσχημες. Παρόλα αυτά τα πράγματα στον «πάνω καταυλισμό» είναι λίγο καλύτερα. Αυτό φαίνεται από το γεγονός ότι

---

<sup>48</sup> Η Ρομανί ή "Ρομανές" αναφέρεται ως γλώσσα των Τσιγγάνων. Είναι μία Ινδοευρωπαϊκή γλώσσα που συγγενεύει με τις διάφορες γλωσσικές διαλέκτους της Ινδίας ιδιαίτερα με την γλώσσα Πουντζάμπι της Βόρειας Ινδίας. Στις διάφορες περιοχές που κατοικούν Ρομ έχουν διαμορφωθεί πολλές τοπικές διάλεκτοι, επηρεασμένες από τις τοπικές γλώσσες.

<sup>49</sup> Στιβακτά, Μ., (2001:87)

<sup>50</sup> Δόγκα, Σ., Τσαουσίδου, Δ., (2008)

κάποια από τα σπίτια έχουν τουαλέτες, χαλιά και ξυλόσομπες για θέρμανση, ενώ κάποια αποτελούνται από δύο χώρους. Ένα μεγάλο ποσοστό των κατοικιών αυτών είναι φτιαγμένα από μπλόκα και τσιμέντο. Οι εσωτερικοί χώροι είναι στολισμένοι απλά και χαρακτηριστική είναι η καθαριότητα που επικρατεί μέσα στις κατοικίες αυτές σε αντίθεση με τον εξωτερικό χώρο. Η ύδρευση γίνεται από μια παράνομη παροχή και η ποιότητα του νερού είναι πάρα πολύ άσχημη και επιβλαβής για την υγεία των κατοίκων. Επίσης, η ηλεκτροδότηση γίνεται παράνομα κλέβοντας ρεύμα από τις κολώνες της Δ.Ε.Η. που βρίσκονται στην περιοχή. Η απουσία των στοιχειωδών συνθηκών υγιεινής είναι αποτέλεσμα της διάκρισης που δέχονται οι Ρομ και όχι χαρακτηριστικό της κουλτούρας τους. Παρόλα αυτά πολλοί από τους Τσιγγάνους θεωρούν υπεύθυνους τους εαυτούς τους για τις συνθήκες στις οποίες ζουν. Το φαινόμενο της αυτοενοχοποίησης είναι συχνό σε πληθυσμούς οι οποίοι δέχονται διακρίσεις και αποκλεισμό γιατί δυσκολεύονται να καταλάβουν τα αίτια<sup>51</sup>. Παρά τις αντίξοες συνθήκες διαβίωσης, πολλοί από τους κατοίκους του καταυλισμού προσπαθούν να βελτιώσουν τις συνθήκες διαβίωσής τους.

Ένα από τα βασικά στοιχεία που χαρακτηρίζουν μια τσιγγάνικη οικογένεια είναι αρχικά ο αριθμός των μελών της. Κατά μέσο όρο ο αριθμός των ατόμων ανά οικογένεια φτάνει στο 6,29 στον Ανατολικό καταυλισμό και στο 4,38 στο Δυτικό καταυλισμό. Διατηρείται εκτεταμένη μορφή οικογένειας η οποία αποτελείται από τρεις ή περισσότερες γενιές. Η διατήρηση αυτής της μορφής οικογένειας αποτελεί μια μορφή «προστασίας» μέσα στο απρόσωπο κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ζουν. Η διαμονή μαζί με τους παππούδες και τις γιαγιάδες είναι σημαντική γιατί αυτοί είναι που αποτελούν τον σημαντικότερο φορέα κοινωνικοποίησης και μεταβίβασης της πολιτισμικής τους ταυτότητας, χαρακτηριστικό σε πληθυσμούς οι οποίοι δεν διαθέτουν γραπτή γλώσσα. Η οικογένεια έχει πατριαρχικό χαρακτήρα και ο άντρας είναι αυτός ο οποίος εκπροσωπεί την οικογένεια προς τα έξω. Παρόλα αυτά όμως η γυναίκα από την στιγμή που θα γίνει μητέρα απολαμβάνει το σεβασμό των άλλων και η γνώμη της είναι απαραίτητη στην λήψη αποφάσεων<sup>52</sup>.

Όσον αναφορά στην επαγγελματική δραστηριότητα των κατοίκων του καταυλισμού αυτή περιλαμβάνει το εμπόριο φρούτων και ειδών οικιακής χρήσης. Κύρια ασχολία των κατοίκων του Ανατολικού καταυλισμού είναι το εμπόριο

---

<sup>51</sup> Δόγκα, Σ., Τσαουσίδου, Δ., (2008)

<sup>52</sup> Νόβα – Καλτσούνη, Χ., (2002:263)

οπωρικών. Η προμήθεια των φρούτων γίνεται είτε κλείνοντας συμφωνία με τον παραγωγό στην οποία αναλαμβάνουν οι ίδιοι να μαζέψουν φρούτα και στη συνέχεια τα πουλάνε είτε αγοράζουν φρούτα από τη λαχαναγορά και στη συνέχεια τα πουλάνε έχοντας πολύ μικρό κέρδος. Αντίθετα, οι κάτοικοι του Δυτικού καταυλισμού ασχολούνται με το πλανόδιο εμπόριο ειδών οικιακού εξοπλισμού και ένδυσης. Η προμήθεια των εμπορευμάτων γίνεται είτε από εργοστάσια είτε από καταστήματα τα οποία κλείνουν<sup>53</sup>. Μέρος των κατοίκων του καταυλισμού επιδίδεται στην επαιτεία, σε ευκαιριακές δουλειές και τη συλλογή και πώληση παλιοσίδερων. Οι οικογένειες αυτές βγάζουν με δυσκολία μεροκάματο για την επιβίωσή τους και πολλές φορές οι γυναίκες αυτών των οικογενειών αναγκάζονται να «βγουν στη ζητιανιά» πράγμα που δεν κάνουν οι άντρες γιατί θεωρείται ταπεινωτικό<sup>54</sup>.

Όσον αφορά στις σχέσεις μεταξύ των κατοίκων του καταυλισμού είναι άσχημες και σχεδόν ανύπαρκτες. Τα δύο τμήματα του καταυλισμού χωρίζονται μεταξύ τους με ένα πλέγμα, το οποίο έχει τοποθετηθεί από τους ίδιους θέλοντας να δείξουν ότι είναι δύο διαφορετικές ομάδες. Οι κάτοικοι από μόνοι τους διαχωρίζονται χρησιμοποιώντας ονόματα όπως «οι επάνω» και οι «κάτω». Οι «κάτω» είναι οι κάτοικοι του Ανατολικού καταυλισμού οι οποίοι μαστίζονται από ανεργία, οικονομική δυσχέρεια, και οι «επάνω» είναι οι κάτοικοι του Δυτικού καταυλισμού οι οποίοι οδεύουν προς την κοινωνική ενσωμάτωση. Η κάθε πλευρά τονίζει την ανωτερότητά της από την άλλη. Χαρακτηριστικά, οι κάτοικοι του Ανατολικού καταυλισμού αποκαλούν τους άλλους «γύφτους», γιατί θεωρούν ότι δεν είναι πραγματικοί Τσιγγάνοι αφού δεν μιλούν την Ρομανί, ενώ αντίθετα οι κάτοικοι του Δυτικού καταυλισμού πιστεύουν ότι οι άλλοι κάτοικοι είναι «γύφτοι». Και στις δυο περιπτώσεις η χρήση της λέξης «γύφτος» έχει αρνητική σημασία. Τέλος σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι στους κατοίκους του Ανατολικού καταυλισμού οι σχέσεις είναι παραδοσιακές και υπάρχει αλληλεγγύη και αλληλοβοήθεια, ενώ αντίθετα στους κατοίκους του Δυτικού καταυλισμού οι σχέσεις τείνουν να είναι πιο εξατομικευμένες.<sup>55</sup>

Παρά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι Ρομά, δηλώνουν επιφυλακτικότητα στην προοπτική ενοικίασης σπιτιών και αυτό οφείλεται στο

---

<sup>53</sup> Διαλυνάκη, Ε., (2002-2003:7)

<sup>54</sup> Μπίρης, Κ., (1966:24)

<sup>55</sup> Διαλυνάκη, Ε., (2002-2003:6)

γεγονός ότι δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα και στο γεγονός ότι οι ιδιοκτήτες δεν δέχονται να ενοικιάσουν τα σπίτια τους σε Ρομά. Ο σημαντικότερος όμως παράγοντας που τους εμποδίζει είναι ότι δεν θέλουν να εγκαταλείψουν τον χώρο τους και την σιγουριά που τους προσφέρει το γεγονός ότι ο πυρήνας της Κοινότητάς τους είναι ενωμένος<sup>56</sup>.

### **1.5. Η γυναίκα ρομ και η θέση της.**

Οι καταυλισμοί των Τσιγγάνων βρίσκονται σε πολλά μέρη της Ελλάδας και όχι μόνο. Σχεδόν όλοι λοιπόν οι άνθρωποι έχουν δει και έχουν παρατηρήσει ένα Τσιγγάνικο καταυλισμό. Αυτό που είναι ολοφάνερο στην παρατήρηση αυτή είναι ο αποκλεισμός και η απομόνωση των ανθρώπων αυτών. Σε ακόμα πιο δυσμενή θέση βρίσκονται οι Ρόμισες, οι οποίες υφίστανται τις περισσότερες διακρίσεις τόσο έξω από τον καταυλισμό όσο και μέσα σε αυτόν. Αυτό συμβαίνει γιατί οι γυναίκες αυτές έρχονται αντιμέτωπες και με το φυλετικό και με τον κοινωνικό αποκλεισμό του κράτους στο οποίο ζουν όσο και τον αποκλεισμό και την καταπίεση που δέχονται από την οικογένειά τους<sup>57</sup>.

Οι οικογένειες των Τσιγγάνων είναι κυρίως πατριαρχικές, παρόλα αυτά όμως ο ρόλος των γυναικών Ρομ μέσα στην οικογένεια δεν είναι δευτερεύων. Οι γυναίκες αυτές, εκτός του ότι αναλαμβάνουν την φροντίδα των παιδιών και τις καθημερινές οικιακές εργασίες, αναλαμβάνουν και εξωτερικές εργασίες είτε ως βοηθοί των συζύγων τους στο πλανόδιο εμπόριο είτε ως εργάτριες. Οι γυναίκες επίσης θεωρούνται οι προστάτριες των εθίμων και των παραδόσεων των Ρομ και είναι αυτές που τα μεταβιβάζουν στις επόμενες γενιές<sup>58</sup>.

Ο γάμος αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία της ζωής των Ρομ. Στην Τσιγγάνικη ζωή, ο γάμος αποτελεί το βασικό στοιχείο της πολιτιστικής, κοινωνικής και οικονομικής οργάνωσης, καθώς και τον πυρήνα της αναπαραγωγής. Ο γάμος φέρνει αλλαγές στους ρόλους, οι νέοι ενηλικιώνονται, οι οικογένειες μεγαλώνουν και η διαίωσιση των γενεών εξασφαλίζεται. Οι Τσιγγάνες είναι έτοιμες για γάμο από την στιγμή της πρώτης εμμηνόρροιας γι' αυτό και παντρεύονται στα 13 – 16 χρόνια. Οι άντρες είναι έτοιμοι για γάμο στα 15 - 18 χρόνια. Η επιλογή του γαμπρού γίνεται από

---

<sup>56</sup> Δόγκα, Σ., Παπάζογλου, Γ., (2007:5)

<sup>57</sup> Ντούσας, Δ., (1997:186)

<sup>58</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://6dim-diap-elfth.thess.sch.gr> [Πρόσβαση: 1 Απριλίου 2010]

τον πατέρα της νύφης και αυτή δεν έχει κανένα δικαίωμα στην επιλογή. Συνήθως πριν από το γάμο προηγείται ο αρραβώνας, ο οποίος δίνει το χρόνο στις οικογένειες να ετοιμαστούν για το γάμο. Στον αρραβώνα, η οικογένεια του γαμπρού βάζει χρυσαφικά στην νύφη και το γλέντι κρατάει μέρες. Σημαντικό σημείο του αρραβώνα είναι η εξαγορά της νύφης από την οικογένεια του γαμπρού. Ο γαμπρός και η οικογένειά του δίνουν χρήματα στον πατέρα της νύφης, τα οποία χρησιμεύουν για το γάμο αλλά και για την προίκα της νύφης. Η εξαγορά της νύφης έχει και **συμβολικό** χαρακτήρα. Συμβολίζει την μεταβίβαση των δικαιωμάτων της γυναίκας στην οικογένεια του γαμπρού. Συνήθως η αρραβωνιασμένη γυναίκα πηγαίνει καθημερινά στο σπίτι του γαμπρού, όπου έχει την υποχρέωση να φροντίζει την οικογένειά του και να κάνει τις δουλειές ώστε να αρχίσει να εξοικειώνεται για τον έγγαμο βίο<sup>59</sup>. Ο γάμος μπορεί να γίνει είτε θρησκευτικά (Χαλκιδαίοι) είτε με τον «Τσιγγάνικο γάμο» (Πελοποννήσιοι), ο οποίος δεν έχει νομική ισχύ αλλά αναγνωρίζεται από τους Τσιγγάνους και γίνεται κυρίως για να μπορούν να λαμβάνουν το επίδομα της ανύπαντρης μητέρας<sup>60</sup>.

Ένα πλήθος δραστηριοτήτων που συνδέονται με τις καθημερινές λειτουργίες της οικογένειας, συμβάλλουν στην ανάπτυξη των απαραίτητων δεξιοτήτων και στην εκμάθηση ρόλων. Για παράδειγμα, το κορίτσι από μικρή ηλικία στρέφεται προς τις οικιακές εργασίες και βοηθά τη μητέρα του στην ανατροφή των μικρότερων αδελφών, ενώ το αγόρι συνήθως βοηθά τον πατέρα σε πρακτικές που αναπαράγουν την οριοθέτηση των ρόλων με κριτήριο το φύλο.

Η κυρίαρχη μορφή στις σχέσεις των δύο φύλων είναι η συζυγική, καθώς ο γάμος και η συγγένεια (γένος, φάρα) φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο στην κοινωνική οργάνωση των τσιγγάνικων ομάδων.

Η γυναίκα ζει για να γίνει μητέρα, να κάνει παιδιά και να είναι γόνιμη. Η γέννηση κάθε παιδιού δείχνει την αξία της γυναίκας. Με τα παιδιά ολοκληρώνεται η οικογένεια και διαιώνίζονται ταυτόχρονα και το σόι και ο τσιγγάνικος λαός. Τα παιδιά είναι ευτυχία και οι οικογένειες που δεν έχουν παιδιά είναι δυστυχισμένες. Η γυναίκα που είναι έγκυος χρήζει της βοήθειας των άλλων και όταν η γυναίκα αυτή γίνει μητέρα προσφέρει περηφάνια τόσο στον άντρα της όσο και στις οικογένειές

---

<sup>59</sup> Παυλή –Κορρέ, Μ., Σπανούλη, Μ., (1991:45-48)

<sup>60</sup> Ντούσας, Δ., (1997:188)

τους. Μετά την γέννα για 40 ημέρες μένει στο σπίτι. Στις 40 ημέρες γίνεται συμβολικό πλύσιμο της γυναίκας το οποίο της ξαναδίνει την ψυχική καθαρότητα<sup>61</sup>.

Οι συνθήκες με τις οποίες δημιουργούν τους δικούς τους νόμους οι Ρομ είναι αποτέλεσμα του αποκλεισμού τους από το κράτος. Στους μετρημένους, στα δάχτυλα του ενός χεριού, τοπικούς συλλόγους που έχουν δημιουργήσει οι Ρομ, η συμμετοχή των γυναικών Τσιγγάνων, είτε δεν υφίσταται καθόλου, είτε είναι πολύ περιορισμένη. Έτσι, «στην Αγία Βαρβάρα, το 1985, στις αρχαιρεσίες του συλλόγου Τσιγγάνων ψήφισαν και γυναίκες, για πρώτη φορά, γεγονός που δεν αντιμετωπίζεται ακόμα στην Κάτω Αχαΐα». Επίσης, η συμμετοχή των Ρομισσών στη δημόσια και πολιτική ζωή της τσιγγάνικης κοινότητας (των εκατοντάδων δηλαδή κοινοτήτων Ρομ) περιορίζεται σε συμβουλευτικό επίπεδο. Έστω και στις άτυπες, αλλά ουσιαστικές για την κοινότητα των Ρομ, διαδικασίες για την ανάδειξη του αρχηγού του γένους ή της φάρας ή της κοινότητας, η Ρόμισσα δεν έχει το «κοινωνικό» δικαίωμα να διεκδικήσει μια τέτοια θέση, που προορίζεται αποκλειστικά σχεδόν για άντρες. Συνεπώς, το δικαίωμα, με βάση την τσιγγάνικη μικροκοινωνία, δεν είναι εξασφαλισμένο, όχι απλά υπό ανίσων όρων, αλλά δεν είναι καν αναγνωρισμένο για τη Ρόμισσα<sup>62</sup>.

Σε πανευρωπαϊκό επίπεδο, η Ρόμισσα δεν εκπροσωπείται αναγκαστικά στους διάφορους συλλόγους κι ενώσεις των ρόμα, καθώς ο χώρος αυτός ανδροκρατείται, ούτε και συμμετέχει σε τέτοιες εργασίες, πλην ελαχίστων εξαιρέσεων. Όπως όμως και να 'χει, είναι βέβαιο ότι οι ενδοτσιγγάνικες διακρίσεις σ' αυτόν τον τομέα δικαιωμάτων είναι το αποτέλεσμα της γκετοποίησης και απομόνωσης που βιώνουν οι Ρόμ εδώ και 1.000 χρόνια<sup>63</sup>.

Το κεφάλαιο «μόρφωση» για τις γυναίκες Ρομ είναι κάτι μακρινό και άπιαστο. Το μεγαλύτερο μέρος των Γυναικών δεν έχουν ξεκινήσει καν τη μαθητική τους ζωή, ενώ το μικρό ποσοστό που έχει ξεκινήσει δεν καταφέρνει να ολοκληρώσει ούτε το δημοτικό. Αυτό είναι λογικό εν μέρει αν σκεφτεί κάποιος πόσα επίσημα έγγραφα χρειάζονται για την εγγραφή των Ρομ στο σχολείο και πόσο πρόωρα δημιουργούν οικογένεια οι γυναίκες Ρομ. Η ισχυρότερη μορφή αποκλεισμού που βιώνουν οι Ρόμισσες είναι η στέρηση της ίδιας τους της ύπαρξης. Οι περισσότερες Τσιγγάνες

---

<sup>61</sup> Παυλή –Κορρέ, Μ., Σπανούλη, Μ., (1991)

<sup>62</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://politikokafeneio.com/tsiganoi/rom12.htm> [Πρόσβαση: 3 Απριλίου 2010]

<sup>63</sup> Βλ. άνωθι

γυναίκες δεν έχουν υπηκοότητα και δεν μπορούν να ασκήσουν τα πολιτικά τους δικαιώματα. Δεν έχουν επίσημα έγγραφα και φυσικά δεν κατέχουν ποτέ κάποια δημόσια θέση, όπως δεν κατέχουν και τα δικαιώματα που απολαμβάνει οποιοσδήποτε άλλος πολίτης. Ο αποκλεισμός τους από δημόσιες θέσεις και από άλλες δουλειές περιορίζει τις επιλογές τους για επαγγελματική αποκατάσταση. Αν και με βάση τα διεθνή έγγραφα, τα κράτη-μέλη έχουν αναλάβει την υποχρέωση να εξασφαλίσουν το δικαίωμα «σε ίσες δυνατότητες απασχολήσεως» (Βλ. άρθρο 11, παρ. β) με τους άντρες, ωστόσο, η ανεργία και η οικιακή ενασχόληση πλήττουν πρώτα απ' όλους τις Τσιγγάνες γυναίκες.

Έτσι, το ποσοστό των Ρομισσών που εργάζονται σταθερά είναι ζήτημα αν ξεπερνά το 20% του πληθυσμού τους. Συχνά αναγκάζονται να μένουν «πίσω», στο τσαντίρι ή την παράγκα, και να απασχολούνται με την ανατροφή των παιδιών, το μαγείρεμα, το πλύσιμο κι όλες τις άλλες "οικιακές" δουλειές, μέσα σε συνθήκες που παραπέμπουν, καθώς είναι, σε τριτοκοσμικά γκέτο<sup>64</sup>.

Έτσι, μια γυναίκα Ρομ είναι πολύ πιθανό να τη δει κάποιος να εργάζεται σε ξένη γη, χωρίς ασφάλιση και με πολύ δύσκολες συνθήκες. Ακόμα συχνότερα όμως οι Τσιγγάνες δουλεύουν μαζί με τον άντρα τους σε γυρολογικό εμπόριο είτε ως μάντισσες ή ως επαίτες. Το αποτέλεσμα των τόσων λίγων επιλογών τους τις φέρνει αντιμέτωπες στην πρώτη επιλογή τους με σοβαρά προβλήματα υγείας και στη δεύτερη επιλογή τους με προβλήματα με τον νόμο. Έτσι, μένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα άνεργες, εξαρτημένες από τους άντρες τους, βιώνοντας την καταπίεση και την στέρηση<sup>65</sup>.

Αντιμετωπίζοντας όλα αυτά τα προβλήματα οι Τσιγγάνες οδηγούνται στην παραμέληση της υγείας τους. Η επαφή τους με τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι δύσκολη και αυτό οφείλεται και στις δυο πλευρές. Από τη μεριά των υπηρεσιών δεν γίνεται καμιά προσπάθεια προσέγγισης των Τσιγγάνων, με συνέπεια οι Ρόμισσες να θεωρούν πως οι υπηρεσίες αυτές δεν έχουν να τους προσφέρουν τίποτα<sup>66</sup>.

Αυτή η άσχημη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στις δύο πλευρές αποδεικνύεται εύκολα από αποτελέσματα που δείχνουν πόσο παραμελημένη είναι η γυναίκα Ρομ

---

<sup>64</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://politikokafeneio.com/tsiganoi/rom12.htm> [Πρόσβαση: 3 Απριλίου 2010]

<sup>65</sup> Ντούσας, Δ., (1997:187-193)

<sup>66</sup> Για το θέμα βλ σχετικά: <http://fra.europa.eu> [Πρόσβαση: 3 Απριλίου 2010]



στην διάρκεια της εγκυμοσύνης της. Το 10% των Τσιγγάνων γυναικών πάσχουν από ηπατίτιδα Β, ενώ ζουν λιγότερο από την μέση Ελληνίδα. Ένα μεγάλο μέρος των γυναικών αυτών γεννούν και θηλάζουν τα παιδιά τους χωρίς ιατρική φροντίδα και μέσα σε παράγκες εντελώς εκτεθειμένες σε δύσκολες καιρικές συνθήκες<sup>67</sup>.

Είναι λοιπόν ζωτικής σημασίας η δημιουργία μιας καλύτερης σχέσης ανάμεσα στις δύο πλευρές καθώς οι συνθήκες διαβίωσης των γυναικών Ρομά, ο τρόπος λειτουργίας της οικογένειάς τους και το χαμηλό μορφωτικό τους επίπεδο είναι παράγοντες που συμβάλλουν στην κακή κατάσταση της σωματικής και ψυχικής τους υγείας. Είναι γυναίκες που μετακινούνται συνεχώς, η σεξουαλική τους ζωή ξεκινά σε πολύ μικρή ηλικία, κάνουν μεγάλο αριθμό παιδιών και εκτρώσεις. Συχνά δέχονται οικογενειακή βία, καταφεύγουν σε φάρμακα και ναρκωτικές ουσίες.

Για να πραγματοποιηθεί κάποια αλλαγή σε όσα έχουν αναφερθεί θα πρέπει να μεριμνήσει το κράτος. Ένας τρόπος με τον οποίο μπορεί να επέλθει είναι να ενημερωθούν οι εργαζόμενοι των υγειονομικών υπηρεσιών ώστε να πλησιάσουν τις γυναίκες Ρομά και να σεβαστούν τις παραδόσεις και τη διαφορετικότητά τους ώστε να βρεθεί ένας τρόπος επικοινωνίας. Όσον αφορά στην πλευρά των Τσιγγάνων γυναικών θα πρέπει αρχικά να δοθούν όλα τα δημόσια έγγραφα τα οποία είναι απαραίτητα για τη δήλωση της ύπαρξής τους αρχικά αλλά και για την πρόσβασή τους στους βασικούς τομείς, όπως είναι της υγείας που είναι απαραίτητη για την επιβίωσή τους. Σημαντική συμβολή θα ήταν και η εξεύρεση τρόπων ώστε οι έφηβες Τσιγγάνες να μπορούσαν να συνεχίσουν το σχολείο όντας μητέρες ή έγγαμες. Αυτό θα τους έδινε την δυνατότητα να λάβουν όλα τα απαραίτητα εφόδια, ώστε να γίνουν ολοκληρωμένες προσωπικότητες με ελεύθερη βούληση. Παρέχοντας στις γυναίκες αυτές όλα τα παραπάνω εφόδια και με το πέρασμα του χρόνου θα μπορέσουν να εμπιστευτούν τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και θα τους δοθεί η δυνατότητα πρόληψης και αντιμετώπισης οποιουδήποτε προβλήματος υγείας<sup>68</sup>.

Στον καταυλισμό της Νέας Αλικαρνασσού η θέση της γυναίκας αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την διατήρηση της οικογένειας. Παρά το γεγονός ότι οι οικογένειες έχουν πατριαρχικό χαρακτήρα και ο άντρας είναι αυτός που παίρνει τις αποφάσεις, η γυναίκα από την στιγμή που θα γίνει μητέρα αποκτά δύναμη. Η γνώμη της είναι σεβαστή και συμμετέχει στην λήψη σημαντικών αποφάσεων για την

---

<sup>67</sup> Ντούσας, Δ., (1997:191)

<sup>68</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://fra.europa.eu> [Πρόσβαση: 3 Απριλίου 2010]

οικογένεια. Οι γυναίκες Ρομά για να μη φέρουν σε δύσκολη θέση τους άντρες τους προτιμούν να δείχνουν ότι η γνώμη τους είναι δευτερεύουσα ενώ στην πραγματικότητα είναι πολύ πιο ισχυρή. Οι μεγαλύτερες γυναίκες απολαμβάνουν το σεβασμό όλης της κοινότητας και η γνώμη τους είναι σημαντική<sup>69</sup>.

Όσον αφορά στην εκπαίδευση των γυναικών του καταυλισμού ο αναλφαβητισμός βρίσκεται σε πολύ υψηλό επίπεδο. Η φοίτηση στο σχολείο για τα κορίτσια είναι περιορισμένη μιας και μετά τα δώδεκα χρόνια τους είναι προτιμότερο να μένουν στο σπίτι και συνεισφέρουν στις δουλειές, στο μέγιστο των άλλων παιδιών ή και να παντρεύονται. Πολλές από τις γυναίκες ασχολούνται με την επαιτεία για να συνεισφέρουν στις ανάγκες της οικογένειας. Ο κύριος ρόλος της γυναίκας όμως στον καταυλισμό είναι η φροντίδα των παιδιών και οι οικιακές δουλειές. Σημαντικό σημείο στην ζωή των Τσιγγάνων του καταυλισμού αποτελεί και ο γάμος. Οι Τσιγγάνοι έχουν δύο είδη γάμων τον εθιμικό- παραδοσιακό και το θρησκευτικό. Οι Χαλκιδαίοι είναι αυτοί που συνήθως παντρεύονται με τον εθιμικό γάμο και οι Πελοποννήσιοι με το θρησκευτικό. Στην τελετή του γάμου οι οικογένεια τοποθετεί χρυσαφικά και λεφτά στην νύφη τα οποία τα χρησιμοποιεί για την προίκα της και τις ανάγκες του γάμου<sup>70</sup>.

---

<sup>69</sup> Στιβακτά, Μ., (2001:132)

<sup>70</sup> Διαλυνάκη, Ε., (2003:19-26)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ

#### 2.1. Η υγεία ως δημόσιο αγαθό.

Σύμφωνα με τον ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και δεν συνίσταται μόνο στην απουσία ασθένειας ή αναπηρίας<sup>71</sup>. Ασφαλώς, ο ορισμός είναι αρκετά ευρύς, ώστε να περιλαμβάνει την κοινωνική πρόοδο και την ευημερία ως δομικών συστατικών της έννοιας, αναγνωρίζοντας έτσι ότι ο μακροχρόνια άνεργος, ή αυτός που βιώνει μια παρατεταμένη κατάσταση φτώχειας, δεν μπορεί να θεωρηθεί απόλυτα υγιής.

Ο ιατρικός ορισμός της υγείας είναι απολύτως αρνητικός, αφού σημαίνει την απουσία νόσου. Μια άλλη προσέγγιση για τον ορισμό της υγείας είναι μέσω της εξέτασης της αντίληψης που έχουν οι άνθρωποι για τη συγκεκριμένη έννοια. Έρευνες που έγιναν γι' αυτό<sup>72</sup>, απέδειξαν ότι οι άνθρωποι δίδουν τρεις νοηματοδοτήσεις στην έννοια «υγεία»: **η υγεία ως απουσία νοσήματος, η υγεία ως μέτρο αντοχής, αδυναμίας ή εξάντλησης και η υγεία ως λειτουργική ικανότητα.**

Ανεξαρτήτως των ορισμών που μπορούν να δοθούν στην έννοια υγεία, είναι μια κατάσταση που αφορά σε όλους τους ανθρώπους. Άλλωστε, η υγεία αποτελεί επίσημος πλέον στα επίσημα κείμενα της Ευρωπαϊκής Ένωσης έναν τομέα, ο οποίος εκ των πραγμάτων μπορεί να οδηγήσει σε μία διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού ορισμένων κοινωνικών ομάδων. Αυτό βεβαίως συμβαίνει στην περίπτωση που ένα άτομο δεν μπορεί να έχει πρόσβαση στην υγεία, δηλαδή στις υπηρεσίες υγείας που έχουν δημόσιο χαρακτήρα, είτε γιατί νομικής φύσης εμπόδια του στερούν αυτή την δυνατότητα, είτε γιατί εμπράκτως δεν του επιτρέπεται.

Έτσι, στα πλαίσια αυτής της εργασίας θα διερευνηθούν και οι δύο αυτές πτυχές, δηλαδή τόσο η θεσμική εγγύηση της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας, όσο και η de facto αντίστοιχη διαδικασία, στοιχεία που αποτελούν τις δύο όψεις του ίδιου νομίσματος.

---

<sup>71</sup> Προοίμιο της Σύμβασης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, όπως υιοθετήθηκε το 1946 στη Νέα Υόρκη.

<sup>72</sup> Nettleton S., (2002:75)

Πρέπει να σημειωθεί ότι, η κοινοτική αρμοδιότητα σε θέματα υγείας προβλέπεται στο άρθρο 152 της Συνθήκης του Άμστερνταμ, βάσει του οποίου επιδιώκεται να συμπεριληφθεί στην κοινοτική πολιτική η μέριμνα για ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας. Υπογραμμίζεται επίσης, ότι η δράση σε κοινοτικό επίπεδο οφείλει να συνοδεύει τις εθνικές πρωτοβουλίες, ενώ η Επιτροπή δεσμεύεται να ενθαρρύνει την συνεργασία ανάμεσα στα κράτη-μέλη πάνω σε αυτό το φλέγον ζήτημα.

Η ελληνική έννομη τάξη προστατεύει την υγεία ως δικαίωμα όλων των πολιτών. Στο Σύνταγμα, στο άρθρο 21, που έχει τίτλο «κοινωνικά δικαιώματα», αναφέρεται ότι «το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων». Η υγεία των πολιτών ορίζεται ως κοινωνικό δικαίωμα για όλους τους πολίτες της Ελλάδος και τελεί υπό την φροντίδα του κράτους· οφείλει να λαμβάνει και να υλοποιεί όλα εκείνα τα μέτρα που κρίνονται αναγκαία για την προάσπιση της απρόσκοπτης άσκησης αυτού του δικαιώματος από τους δικαιούχους. Πλήθος άλλων νομικών κειμένων συγκεκριμενοποιεί την προστασία αυτού του κοινωνικού δικαιώματος ανάλογα με τις ειδικές περιπτώσεις.

Ένα από αυτά τα νομικά κείμενα είναι το προεδρικό διάταγμα 95/2000 με τίτλο «Αποστολή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας». Σε αυτό ορίζεται ο υπεύθυνος κρατικός φορέας που προστατεύει το κοινωνικό δικαίωμα της υγείας, ενώ παράλληλα περιγράφονται αναλυτικά οι αρμοδιότητές του. Στην αρμοδιότητα του Υπουργείου ανήκει αφενός, η προστασία της υγείας, με την έννοια που δίνεται και στη Σύμβαση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, αφετέρου δε, η διασφάλιση του δικαιώματος στην υγεία, δηλαδή η εγγύηση της προσβασιμότητας στις αρμόδιες υπηρεσίες.

Ακριβώς, με αυτό το περιεχόμενο της έννοιας της υγείας θα ασχοληθούμε στο εξής, αφού και η προσέγγιση του «κοινωνικού αποκλεισμού» που επιχειρήσαμε ανωτέρω είναι εμπνευσμένη από αυτό το περιεχόμενο. Δεν θα ερευνήσουμε όμως, μόνο αυτή τη διάσταση του ζητήματος. Η υγεία και ο κοινωνικός αποκλεισμός συνδέονται και με μία άλλη, αντίστροφη πορεία.

Αναφέρθηκε ότι η κατάσταση της υγείας και η δυνατότητα άσκησης του δικαιώματος της ισότιμης πρόσβασης σε (ποιοτικές) υπηρεσίες υγείας, ενδέχεται να τροφοδοτήσει μια διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού. Μια τέτοια διαδικασία, από την άλλη πλευρά, ανεξάρτητα από τους παράγοντες που την προκαλούν, είναι

πιθανόν να επηρεάσει την υγεία του προσώπου που τη βιώνει και να επιταχύνει ή να επιτείνει με αυτό τον τρόπο ακόμη περισσότερο τον κοινωνικό αποκλεισμό του.

Το γεγονός και μόνο, για παράδειγμα, ότι ένας μακροχρόνια άνεργος μετανάστης<sup>73</sup> διαμένει σε παράπηγμα κάτω από άθλιες συνθήκες υγιεινής, είναι αρκετό ώστε να αυξηθούν σημαντικά οι πιθανότητες να ασθενήσει. Ο αυξημένος κίνδυνος για ασθένεια, όπως επίσης και η προσβολή της υγείας του κοινωνικά αποκλεισμένου, είναι συνιστώσες του θέματος που πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη για δύο λόγους: Πρώτον, επειδή ο κίνδυνος της προσβολής της υγείας είναι από μόνος του στοιχείο-αφετηρία μιας διαδικασίας κοινωνικού αποκλεισμού. Δεύτερον, επειδή η ασθένεια για τον κοινωνικά αποκλεισμένο μπορεί να είναι η αιτία κοινωνικού αποκλεισμού, είτε στο επίπεδο της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας με σκοπό την θεραπεία<sup>74</sup>, είτε σε αυτό της προσβασιμότητας σε ένα άλλο παράγοντα κοινωνικής ενσωμάτωσης, όπως είναι η ικανότητα προς εργασία.

Η δεύτερη αυτή διάσταση αποκτά ξεχωριστό ενδιαφέρον στη περίπτωση που ο κοινωνικά αποκλεισμένος ανήκει σε μία από τις αποκαλούμενες «κοινωνικά ευπαθείς ομάδες» του πληθυσμού, όπως θεωρούνται οι μετανάστες.

Μέσα λοιπόν σ' αυτήν την παγκοσμιοποιημένη κοινωνία, η υγεία αντιμετωπίζεται ως ένα καταναλωτικό αγαθό, η διανομή του οποίου ακολουθεί τους κανόνες της ελεύθερης αγοράς. Από δημόσιο αγαθό που προστατεύεται από το κράτος και πρέπει να παρέχεται σε όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες, έχει ενταχθεί στους καταναλωτικούς μηχανισμούς και ακολουθεί τους κανόνες της ελεύθερης αγοράς. Οι αιτίες αυτής της μεταβολής είναι η απαξίωση, η υποχρηματοδότηση των κοινωνικών υπηρεσιών και η προσπάθεια των προμηθευτών να αποκομίσουν όσο το δυνατόν περισσότερα κέρδη από την διευρυμένη αγορά υπηρεσιών, που αφορούν στην υγεία.

Έτσι, βλέπουμε τον ιδιωτικό τομέα να διαδραματίζει αυξημένο ρόλο στα υγειονομικά συστήματα αποτελώντας είτε τον αποκλειστικό προμηθευτή υπηρεσιών υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες, είτε τον συμπληρωματικό προμηθευτή στις ανεπτυγμένες χώρες. Όμως, τα τελευταία χρόνια, επειδή υπάρχει μια καχυποψία για την ποιότητα υπηρεσιών που προσφέρει ο ιδιωτικός τομέας, χαράσσεται η πολιτική

---

<sup>73</sup> Το κοινωνικό του status χαρακτηρίζεται από τον κοινωνικό αποκλεισμό στον τομέα της απασχόλησης και συνάμα από τον κίνδυνο της φτώχειας.

<sup>74</sup> Πρέπει να τονιστεί ότι εκτός από την θεραπεία ιδιαίτερη σημασία έχει και η πρόληψη.

της σύμπραξης του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα στην υγεία. Η πραγματικότητα αυτή στηρίζεται από κυβερνήσεις και από παγκόσμιους οργανισμούς διεθνούς κύρους. Επιπλέον, η Ευρωπαϊκή Ένωση στηρίζει οικονομικά το θεσμό αυτό<sup>75</sup>, ώστε να διασφαλιστεί η ανωτερότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας στους πολίτες.

Τα παραπάνω δεδομένα αποδεικνύουν ότι η ιδιωτικοποίηση και η κερδοσκοπική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, όχι μόνον δεν είναι αποτελεσματική αλλά χαρακτηρίζεται από αναποτελεσματικότητα και σημαντική αύξηση των δαπανών, ενώ συγχρόνως διευρύνει τις ανισότητες στην υγεία. Έτσι, οι μεταρρυθμίσεις των υπηρεσιών υγείας αποτελούν μια μεταφορά των δημόσιων πόρων στις κερδοσκοπικές επιχειρήσεις και καταστρατηγούν κάθε έννοια της υγείας ως δημοσίου αγαθού.

Η υγεία είναι αναμφισβήτητα δημόσιο αγαθό και προσφέρεται ανεξαιρέτως σε όλους τους πολίτες, όπως προβλέπουν όλα τα σχετικά νομικά κείμενα. Στην σημερινή, όμως, σύγχρονη πραγματικότητα, όπου τα πάντα υπακούουν στους νόμους του καταναλωτισμού, ο ιδιωτικός τομέας έχει αρχίσει να διαχειρίζεται αυτό το αγαθό, προκειμένου να κερδοσκοπήσει. Έτσι, από την δραστηριότητα αυτή, η υγεία εκπίπτει από την έννοια του δημόσιου αγαθού και μετατρέπεται σε επί χρήμασι αγαθό, δηλαδή απευθύνεται πια σε ανθρώπους που μπορούν να το αγοράσουν. Το κράτος πρόνοιας οφείλει να απομακρύνει κάθε καπήλευση του δικαιώματος στην υγεία, την οποία επιχειρεί ο ιδιωτικός τομέας. Ο ιδιωτικός μηχανισμός ελέγχου της υγείας μετατρέπει το αναφαίρετο αυτό δικαίωμα σε καταναλωτικό προϊόν, υποβαθμίζοντάς το σημαντικά.

Τελικά, διαπιστώνεται ότι η υγεία ως δημόσιο αγαθό έχει μόνο τυπικό νόημα. Με τις σημερινές συνθήκες διαμόρφωσης του συστήματος κοινωνικών παροχών, που υπακούουν απόλυτα στους νόμους της αγοράς, ορισμένες κοινωνικές ομάδες αποκλείονται από την πρόσβαση στους φορείς της υγείας. Αυτό γίνεται γιατί η υγεία στις σύγχρονες κοινωνίες έχει συνδεθεί άρρηκτα με κερδοσκοπικούς οργανισμούς που έχουν δομήσει ολόκληρο σύστημα ελέγχου των φορέων της υγείας, αλλά και των κοινωνικών υπηρεσιών γενικότερα. Άρα, κάθε έννοια «δημοσίου αγαθού» καταστρατηγείται πάραυτα, αφού είναι συνυφασμένη με τον οικονομικό παράγοντα.

---

<sup>75</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά:

[http://europa.eu.int/comm/regional\\_policy/sources/docgener/guides/PPPguide.htm](http://europa.eu.int/comm/regional_policy/sources/docgener/guides/PPPguide.htm) [Πρόσβαση: 15

Μαρτίου 2010]

## 2.2. Τα δικαιώματα των ασθενών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Τα δικαιώματα των ασθενών (κατά την σύγχρονη αντίληψη: των πολιτών που χρησιμοποιούν Υπηρεσίες Υγείας) είναι θέμα που βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος των κοινωνιών του λεγόμενου πρώτου κόσμου. Απασχολούσε όλες τις κοινωνίες στην ιστορία της πολιτισμένης ανθρωπότητας, όχι όμως ευθέως, ως αυτοτελές σύνολο δικαιωμάτων του ατόμου, αλλά εμμέσως, στα πλαίσια καθορισμού των υποχρεώσεων των ιατρών.

Ως πρώτος χάρτης δικαιωμάτων του ασθενή στην ιστορία της πολιτισμένης ανθρωπότητας μπορεί να θεωρηθεί ο όρκος του Ιπποκράτη (460-370 π.Χ.). Ο όρκος προορίζεται αποκλειστικά για τους νέους ιατρούς, περιέχει ωστόσο σημεία στα οποία προσδιορίζονται έμμεσα δικαιώματα του ασθενή και γενικότερα του ατόμου. Από την εποχή του Ιπποκράτη ως τα μέσα του 20ού αιώνα δεν πραγματοποιήθηκε κάποια πρόοδος ως προς το συγκεκριμένο θέμα. Αντίθετα, τα δικαιώματα του ασθενούς ατόμου συμερίστηκαν τις περιπέτειες των υπόλοιπων ανθρώπινων δικαιωμάτων, κατά τις χιλιετίες της βαρβαρότητας που ακολούθησαν το τέλος του αρχαίου ελληνικού κόσμου. Φυσικά, πάντοτε υπήρχαν εξαιρέσεις του κανόνα, αυτές όμως είχαν ως αφετηριακή πηγή την φιλανθρωπία και τον ουμανισμό και σε καμιά περίπτωση δεν επρόκειτο για διακριτά, και πολύ περισσότερο θεσμοθετημένα, δικαιώματα.

Η κατάσταση αυτή εξακολούθησε μέχρι το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου. Τότε πλέον, ορισμένες κυβερνήσεις, υπό την πίεση κινημάτων πολιτών, άρχισαν να δίνουν ιδιαίτερο βάρος στον τομέα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Οι πολιτικές και κοινωνικές διεργασίες είχαν ως πρώτο αποτέλεσμα, στα 1973, την ψήφιση από την Αμερικανική Νοσοκομειακή Ένωση, των Η.Π.Α., του «Κώδικα Δικαιωμάτων του Ασθενούς». Από τις Ευρωπαϊκές χώρες πρωτοπόρησε η Γαλλία, το 1974, με τον «Χάρτη Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων των Ασθενών». Την ίδια χρονιά (1974) η Νοσοκομειακή Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων ψήφισε τον «Ευρωπαϊκό Χάρτη για τα Δικαιώματα των Ασθενών».

Η Ελλάδα είναι τυπικά η πρώτη χώρα στην Ευρώπη που διατύπωσε σε νόμο (ν. 2071/92, άρθρο 47) τα «Δικαιώματα του Νοσοκομειακού Ασθενούς», με επόμενη χώρα την Ιρλανδία.

Ο ν. 2071/92 είναι ιδιαίτερα σημαντικός, γιατί κατοχυρώνει:

- το δικαίωμα προσέγγισης του ασθενή στις υπηρεσίες του νοσοκομείου
- το δικαίωμα παροχής φροντίδας σε αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.
- το δικαίωμα συγκατάθεσης ή άρνησης σε κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη
- την δυνατότητα ανάκλησης της συγκατάθεσης, ανά πάσα στιγμή
- ότι το συμφέρον του ασθενή είναι καθοριστικό
- το δικαίωμα αποδοχής ή απόρριψης κάθε συνεργασίας του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση
- το δικαίωμα της προστασίας της ιδιωτικής του ζωής και την εγγύηση του απορρήτου
- το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνώρισης των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων
- το δικαίωμα της παράστασης ή της κατάθεσης διαμαρτυρίας ή ένστασης καθώς και το δικαίωμα να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων

Στη συνέχεια, με τον νόμο 2519/97 καθιερώθηκαν τα Όργανα Προστασίας Δικαιωμάτων των Πολιτών στις Υπηρεσίες Υγείας. Ειδικότερα, με το άρθρο 1, συνεστήθησαν:

α) **Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών**, σε επίπεδο Τμήματος του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, με αρμοδιότητα να ασκεί εποπτεία και έλεγχο σε ό,τι αφορά στην προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών στα θέματα υγείας, να παρεμβαίνει σε κάθε περίπτωση παραβίασης των δικαιωμάτων και να κινεί τη διαδικασία ελέγχου των υπεύθυνων. Για την ευέλικτη, ταχεία και αποτελεσματική λειτουργία της υπάγεται απευθείας στον Γ. Γ. του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

β) **Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών**. Η επιτροπή αυτή λειτουργεί αυτοτελώς και παράλληλα προς την προηγούμενη υπηρεσία, παρακολουθεί και ελέγχει την τήρηση των κανόνων προστασίας και σεβασμού των δικαιωμάτων των ασθενών. Εξετάζει καταγγελίες πολιτών, που υποβάλλονται απευθείας σε αυτήν ή που παραπέμπονται από τον Γ. Γ. του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, στον οποίο υποβάλλει και τα σχετικά πορίσματα. Η επιτροπή συγκροτείται από εκπροσώπους των επαγγελματιών της υγείας, των εργαζομένων στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, των αγροτών κ. τ. λ., καθώς και από άτομα με ειδικό και κοινωνικό κύρος ή ιδιαίτερη γνώση στα θέματα σχέσεων, πολιτών και υπηρεσιών υγείας.



γ) **Τριμελής Επιτροπή Προάσπισης των Δικαιωμάτων του Πολίτη** σε κάθε νοσοκομείο. Αρμοδιότητα και υποχρέωση της Επιτροπής αυτής είναι να παρακολουθεί και να ελέγχει την τήρηση και τον σεβασμό των δικαιωμάτων του πολίτη που προσφεύγει στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Ορίζεται επίσης ότι στην Επιτροπή αυτή συμμετέχει και εκπρόσωπος του Σωματείου Φίλων του νοσοκομείου, όπου έχει συσταθεί τέτοιο. Παράλληλα, προβλέπεται η λειτουργία στα νοσοκομεία **Γραφείου Επικοινωνίας με τον Πολίτη**.

Σημαντικός σταθμός στη νομοθεσία ήταν η κύρωση από το ελληνικό κοινοβούλιο (ν.2619/98) της «Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής: Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική». Το κείμενο της Σύμβασης υπογράφηκε στις 4 Απριλίου 1997 στο Οβιέδο της Ισπανίας και θεσπίζει:

- το προβάδισμα του ανθρώπινου όντος, των συμφερόντων και της ευημερίας του
- την ισότητα των ευκαιριών στην περίθαλψη
- τα επαγγελματικά πρότυπα (πρωτόκολλα) για κάθε επέμβαση στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της έρευνας
- τα δικαιώματα της συναίνεσης, της ενημέρωσης, της ανάκλησης
- την προστασία των προσώπων που βρίσκονται σε αδυναμία συναινέσεων
- την προστασία των ατόμων που πάσχουν από διανοητική διαταραχή
- την άμεση επιτέλεση κάθε ιατρικώς αναγκαίας πράξης, σε επείγουσες καταστάσεις
- το σεβασμό των επιθυμιών που έχουν εκφρασθεί εκ των προτέρων, όταν ο ασθενής δεν είναι πλέον σε θέση να εκφράζει τις επιθυμίες του
- την προστασία της ιδιωτικής ζωής και το δικαίωμα στην ενημέρωση
- την απαγόρευση των διακρίσεων εις βάρος προσώπου επί τη βάση του γενετικού κληρονομικού υλικού του
- την απαγόρευση των γενετικών εξετάσεων που έχουν τη δυνατότητα πρόβλεψης νόσου (προσδιορίζονται οι εξαιρέσεις)
- τον προσδιορισμό των επιτρεπόμενων επεμβάσεων στο ανθρώπινο γονιδίωμα
- την απαγόρευση επιλογής του φύλου, με εξαίρεση την αποφυγή σοβαρής κληρονομικής νόσου που σχετίζεται με το φύλο

- την ελευθερία της επιστημονικής έρευνας στο πεδίο της Βιολογίας και της Ιατρικής
- την προστασία των προσώπων στα οποία διενεργείται η έρευνα
- την προστασία των προσώπων που αδυνατούν να συγκατατεθούν στη διενέργεια έρευνας
- τις προϋποθέσεις έρευνας σε έμβρυα in vitro
- τις προϋποθέσεις για αφαίρεση οργάνων ή ιστών από ζώντες δότες, με σκοπό τη μεταμόσχευση
- την προστασία των προσώπων που αδυνατούν να συναινέσουν στην αφαίρεση οργάνου
- την απαγόρευση οικονομικού οφέλους από το ανθρώπινο σώμα και τα τμήματά του
- τις προϋποθέσεις διάθεσης αφαιρεθέντος τμήματος του ανθρωπίνου σώματος
- την παροχή νομικής προστασίας για την αποτροπή παραβιάσεων, δικαιωμάτων ή αρχών, ως υποχρέωση των Συμβαλλομένων κρατών
- την αποζημίωση για απρόκλητη βλάβη
- τον προσδιορισμό του περιορισμού στην άσκηση δικαιωμάτων (για λόγους δημόσιας ασφάλειας, πρόληψης του εγκλήματος, προστασίας της δημόσιας υγείας ή προστασίας των δικαιωμάτων και ελευθεριών των άλλων)
- τη δυνατότητα των Συμβαλλομένων κρατών να θεσμοθετήσουν ευρύτερα μέτρα προστασίας
- την ανάληψη της υποχρέωσης από τα Συμβαλλόμενα κράτη, ώστε να μεριμνήσουν για την διεξαγωγή κατάλληλης δημόσιας συζήτησης ως προς τα θεμελιώδη ερωτήματα που εγείρονται από την εξέλιξη της βιολογίας και της ιατρικής

Στα πλαίσια της προστασίας των δικαιωμάτων του πολίτη έχουν θεσμοθετηθεί τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας:

- Ο Συνήγορος του Πολίτη
- Η Αρχή για την Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων
- Η Εθνική Επιτροπή των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου
- Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής

και έχουν δοθεί σχετικές αρμοδιότητες στο Εθνικό Συμβούλιο Ραδιοτηλεόρασης. Παράλληλα, έχουν κυρωθεί από το Ελληνικό Κοινοβούλιο σημαντικά διεθνή Κείμενα, όπως το σύμφωνο του Ο.Η.Ε. για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα και

το πρωτόκολλο της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα δικαιώματα του Ανθρώπου. Τέλος, με τον ν. 2716/99 συνεστήθη η «Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές» και το Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων των Ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Πρέπει να τονισθεί ότι η θέσπιση «Χάρτας των Δικαιωμάτων του Ασθενούς, μέσω της οποίας κατοχυρώνεται η αξιοπρεπής και η έγκαιρη αντιμετώπιση του ασθενούς και το δικαίωμά του στην τεκμηριωμένη πληροφόρηση» αποτελεί δέσμευση της ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Είναι απαραίτητη η αναφορά στις ισχύουσες συνταγματικές διατάξεις. Η απλή ανάγνωση των διατάξεων για τα δικαιώματα του πολίτη πείθει για την απόλυτη ισχύ τους και στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, είτε αυτές είναι δημόσιες, είτε ιδιωτικές.

Το άρθρο 2, παρ.1 θεσπίζει ότι «ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας». Το άρθρο 4, παρ 1 ορίζει πως «οι Έλληνες είναι ίσοι ενώπιον του νόμου». Στο άρθρο 9<sup>Α</sup> καθορίζεται ότι «καθένας έχει δικαίωμα προστασίας από τη συλλογή, επεξεργασία και χρήση, ιδίως με ηλεκτρονικά μέσα, των προσωπικών του δεδομένων, όπως ο νόμος ορίζει». Το άρθρο 20, παρ. 2 αναφέρει ότι «το δικαίωμα της προηγούμενης ακρόασης του ενδιαφερομένου ισχύει και για κάθε διοικητική ενέργεια ή μέτρο που λαμβάνεται σε βάρος των δικαιωμάτων ή συμφερόντων του», ενώ το άρθρο 21, παρ 3 ορίζει ότι «το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων».

Τέλος, το άρθρο 25 περιλαμβάνει ιδιαίτερα σημαντικές αναφορές. Συγκεκριμένα, η παρ. 1 αναφέρει πως «τα δικαιώματα του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου και η αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου τελούν υπό την εγγύηση του κράτους. Όλα τα κρατικά όργανα υποχρεούνται να διασφαλίζουν την ανεμπόδιση και αποτελεσματική άσκησή τους. Τα δικαιώματα αυτά ισχύουν και στις σχέσεις μεταξύ ιδιωτών, στις οποίες προσιδιάζουν. Οι κάθε είδους περιορισμοί που μπορούν κατά το Σύνταγμα να επιβληθούν στα δικαιώματα αυτά πρέπει να προβλέπονται είτε απευθείας από το Σύνταγμα, είτε από το νόμο, εφόσον υπάρχει επιφύλαξη υπέρ αυτού και να σέβονται την αρχή της αναλογικότητας». Η παρ. 3 καθορίζει πως «η καταχρηστική άσκηση δικαιώματος δεν επιτρέπεται», ενώ η παρ. 4 ότι «το κράτος δικαιούται να αξιώνει από όλους τους πολίτες την εκπλήρωση του χρέους της κοινωνικής και εθνικής αλληλεγγύης».

Από τις δημοσιευμένες διακηρύξεις ή χάρτες δικαιωμάτων του ασθενή επελέγη η παράθεση εκείνης του Γάλλου ιατρού, ακτιβιστή και πολιτικού Μπ. Κουσνέρ, παρ' όλες τις σοβαρές επιφυλάξεις που μπορεί να διατηρεί κανείς για πλευρές της πολιτικής του δραστηριότητας.

**Άρθρο 1.** Όλα τα άτομα έχουν δικαίωμα ίσης προστασίας της υγείας, χωρίς διακρίσεις ηλικίας, προσωπικής κατάστασης ή οικονομικών δυνατοτήτων.

**Άρθρο 2.** Η ισότητα αυτή αποτελεί θεμελιώδη αρχή την οποία εγγυώνται η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και η οργάνωση του συστήματος υγείας.

**Άρθρο 3.** Η πολιτεία αναλαμβάνει τις δαπάνες της πρόληψης και της περίθαλψης, εφόσον ο πλούτος της το επιτρέπει. Είναι υπεύθυνη για την ίση πρόσβαση στην προστασία. Η κοινή συνεισφορά θεσπίζεται ακριβοδίκαια, ανάλογα με τα οικονομικά μέσα του καθενός.

**Άρθρο 4.** Οι επαγγελματίες της υγείας δικαιούνται μια σωστή αμοιβή σε σχέση με τις ικανότητες και τις δραστηριότητές τους.

**Άρθρο 5.** Σε κανέναν δεν μπορεί να επιβληθεί να δεχθεί ιατρικές φροντίδες στις οποίες δεν έχει συγκατατεθεί, εκτός και αν στερείται συνείδησης ή νόησης.

**Άρθρο 6.** Καθένας έχει δικαίωμα σε προηγούμενη σωστή ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση της υγείας του και τις ιατρικές φροντίδες που του προτείνονται ή του παρέχονται λόγω ανάγκης. Οι πληροφορίες αυτές δεν μπορούν να κοινοποιηθούν σε κανέναν χωρίς την άδεια του ενδιαφερομένου.

**Άρθρο 7.** Η πρόληψη αποτελεί βασικό καθήκον του συστήματος υγείας, όπου οφείλουν να συμβάλλουν οι παράγοντες του τομέα στο σύνολό τους. Κάθε άτομο μπορεί να επωφελείται από την εν λόγω πρόληψη, που οργανώνεται από την πολιτεία.

**Άρθρο 8.** Η πολιτεία πρέπει να αξιολογεί κάθε δράση πρόληψης και περίθαλψης. Οι φορείς και οι επαγγελματίες της υγείας υποχρεούνται να προβαίνουν σε αξιολόγηση των δραστηριοτήτων τους, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζουν οι σχετικοί νόμοι και ρυθμίσεις. Τα αποτελέσματα των αξιολογήσεων αυτών θα δημοσιοποιούνται.

**Άρθρο 9.** Κάθε επαγγελματίας της υγείας οφείλει να παρακολουθεί μια συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση και αυτό προς όφελος των ασθενών.

**Άρθρο 10.** Οι φορείς και οι επαγγελματίες της υγείας πρέπει να χρησιμοποιούν τα μέσα που έχουν στη διάθεσή τους με προθυμία και ικανότητα, προκειμένου να παρέχουν στον ασθενή τις πλέον κατάλληλες φροντίδες στις καλύτερες συνθήκες ασφάλειας.

**Άρθρο 11.** Κάθε άτομο, θύμα ιατρικού ατυχήματος, έχει δικαίωμα να ζητήσει επανόρθωση της βλάβης που υπέστη, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζουν οι σχετικοί νόμοι και ρυθμίσεις.

**Άρθρο 12.** Οι σύλλογοι ασθενών πρέπει να συμμετέχουν στη λειτουργία του συστήματος υγείας.

**Άρθρο 13.** Ένα Παρατηρητήριο για την ισότητα στην περίθαλψη θα καταθέτει κάθε χρόνο στο Κοινοβούλιο μια έκθεση για τις συνθήκες πρόσβασης στην περίθαλψη. Όλα τα άτομα που συναντούν εμπόδια στην άσκηση του δικαιώματός τους στην προστασία της υγείας, θα μπορούν να προσφύγουν στο εν λόγω Παρατηρητήριο και σε μεσολαβητές του ιατρικού τομέα<sup>76</sup>.

Η καθολική και δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτέλεσε τον θεμελιώδη λίθο για όλα σχεδόν τα Ευρωπαϊκά συστήματα υγείας. Χαρακτηριστικά, ο ιδρυτικός νόμος για το Ε. Σ. Υ. (ν. 1397/83) προβλέπει πως «οι υπηρεσίες υγείας προσφέρονται σε κάθε πολίτη σε βάση ισότητας, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση». Συνεπώς, **προκύπτει η ανάγκη ορισμού της ισότητας** στις υπηρεσίες υγείας. Το αντικείμενο της ισότητας μπορεί να υποδιαιρεθεί σε οριζόντια και κάθετη ισότητα.

Η οριζόντια ισότητα στην υγεία σημαίνει την ίση θεραπεία των ατόμων για ίση ανάγκη. Μπορεί να προσδιορισθεί σε όλα τα αντικείμενα της διαδικασίας παραγωγής υπηρεσιών υγείας, όπως εισροές υγείας, εκροές υγείας, πόρους και δαπάνες. Η κάθετη ισότητα σημαίνει την ενιαία θεραπεία των ατόμων με ενιαίες προαπαιτήσεις. Ήδη, καθίσταται εμφανής η τεράστια δυσκολία επίτευξης ενός τέτοιου στόχου, μέσα από το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Ο καθηγητής Ν. Μαρσανιώτης έχει επισημάνει ότι «η συμβολή της ιατρικής στην ελάττωση της θνησιμότητας δεν φαίνεται να υπερβαίνει το 10% και οφείλεται κατά το μεγαλύτερο μέρος στους εμβολιασμούς, τα αντιβιοτικά και την ενυδάτωση από το στόμα. Εντούτοις, η παράνοια των ιατρικών πραγμάτων παγκοσμίως οφείλεται κυρίως στο μέγα λάθος να ταυτίζεται η καλύτερη υγεία με την παροχή περισσότερης ιατρικής φροντίδας»<sup>77</sup>.

---

<sup>76</sup> Κουσνέρ, Μ., (2007) Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://pontosandaristera.wordpress.com> [Πρόσβαση: 10 Αυγούστου 2010]

<sup>77</sup> Μαρσανιώτης, Ν. (1994)

Εξάλλου, έχει τονισθεί πως «η ιατρική επιστήμη και οι ιατρικές υπηρεσίες έχουν πάρει λάθος κατεύθυνση και δεν γίνεται σωστή χρήση της κοινωνικής επένδυσης στην υγεία, διότι στηρίζονται σε λάθος συμπέρασμα σχετικά με τη βάση της ανθρώπινης υγείας». Ο Δ. Τριχόπουλος έχει διατυπώσει με ιδιαίτερη ακρίβεια την άποψη ότι «αγνοήθηκε η πρόληψη, η οποία θα μπορούσε να μας δώσει αυτό που θέλουμε» και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι «η πρόληψη και η δημόσια υγεία δεν έχουν οργανωμένα συμφέροντα που περπατούν μαζί τους». Αντιθέτως, σήμερα παρατηρείται ότι «ο επαγγελματισμός και ο καταναλωτισμός είναι το οδηγό στοιχείο στην σταδιοδρομία των γιατρών»<sup>78</sup>.

Εφόσον η ιατρική, ως καθημερινή πρακτική, περιορίζεται μόνο στο βιολογικό μέρος και ουσιαστικά στην υποστήριξη ιδίων συμφερόντων, είναι προφανές ότι το πεδίο εφαρμογής της δεν ανταποκρίνεται στις πραγματικές κοινωνικές ανάγκες. Αποκτά συνεπώς βαρύτητα η θεώρηση, σύμφωνα με την οποία «η «κατακερματισμένη» ιατρική, αρνούμενη την ολιστική προσέγγιση του πολυπαραγοντικού και κοινωνιολογικού φαινομένου της υγείας και της αρρώστιας, δεν ευθύνεται μόνο για την ιατρική αναποτελεσματικότητα, την βλαπτική ιατρογενή και φαρμακογενή θνησιμότητα, αλλά επιπροσθέτως ενοχοποιείται για την προκλητική σπατάλη σπάνιων πόρων»<sup>79</sup>.

Η θεσμοθέτηση προγραμμάτων πρόληψης και η ολοκλήρωση ενός επαρκούς, σύγχρονου και ευέλικτου δικτύου δημόσιας υγείας είναι θέματα υψηλής προτεραιότητας και η αναφορά τους είναι αυτονόητη σε οποιαδήποτε διακήρυξη ή νομοθετική ρύθμιση των δικαιωμάτων του πολίτη στο χώρο των υπηρεσιών υγείας. Πρέπει να τονισθεί ιδιαίτερα το γεγονός ότι το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο δεν καλύπτει αυτήν την επιλογή. Ωστόσο, αποτελούν εξαγγελίες («στόχους») της ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας α) «η άσκηση εθνικής πολιτικής με έμφαση στην Πρόληψη και στην Προαγωγή της Υγείας, για την βελτίωση του επιπέδου υγείας του ελληνικού λαού» και β) «η ανάδειξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Δημόσιας Υγείας σε βασικούς πυλώνες του νέου συστήματος»<sup>80</sup>.

---

<sup>78</sup> Τριχόπουλος, Δ., (1999) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.kathimerini.gr](http://www.kathimerini.gr) [Πρόσβαση: 24 Απριλίου 2010]

<sup>79</sup> βλ. άνωθι

<sup>80</sup> βλ. άνωθι

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΡΟΜ

#### 3.1. Η πρόσβαση των τσιγγάνων σε κοινωνικές παροχές και υπηρεσίες υγείας.

Η πρόσβαση των τσιγγάνων στις κοινωνικές παροχές συνδέεται με την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, καθώς περιλαμβάνει την πρόσβαση στην ασφάλεια υγείας και άλλα και σε άλλα οφέλη σχετικά με την υγεία. Ο πληθυσμός των τσιγγάνων έρχεται συχνά αντιμέτωπος με εμπόδια στην πρόσβαση της κοινωνικής προστασίας<sup>81</sup>.

Όλες οι συνιστώσες του κοινωνικού αποκλεισμού των τσιγγάνων φαίνεται ότι έχουν κλονίσει σημαντικά την εμπιστοσύνη τους απέναντι στο δημόσιο σύστημα υγείας. Οι συνιστώσες αυτές αποτελούν παράγοντες που συντείνουν σε μία διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού με ανυπολόγιστες συνέπειες για τη σωματική και ψυχική υγεία των τσιγγάνων<sup>82</sup>.

Τα κράτη υπενθυμίζουν στα διεθνή και περιφερειακά νομικά όργανα την απαγόρευση της διάκρισης βάσει της φυλής. Πιο συγκεκριμένα, το ICESCR (International Covenant On Economic, Social And Cultur Rights)<sup>83</sup> αναγνωρίζει το δικαίωμα του ατόμου στην κοινωνική ασφάλιση, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής ασφάλειας και τα κρατικά κόμματα οφείλουν να εξασφαλίσουν την παροχή αυτή χωρίς καμία διάκριση βάσει της φυλής. Οι παροχές αυτές καθορίζονται στη φυλετική οδηγία ισότητας και επεκτείνονται στην κοινωνική προστασία, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής ασφάλισης και της υγειονομικής περίθαλψης<sup>84</sup>.

Το νομοθετικό πλαίσιο που προστατεύει και ορίζει την υγεία των αθίγγανων παρουσιάζει δυστυχώς σοβαρές παραλήψεις και κενά. Συνηθισμένο είναι να βλέπουμε οικογένειες αθίγγανων να ζουν σε λυόμενα και παράγκες, είτε σε φορτηγά διαμορφωμένα σε κατοικίες με τον απαραίτητο υποτυπώδη εξοπλισμό. Οι συχνές μετακινήσεις, οι άσχημες συνθήκες υγιεινής, η απουσία ασφαλιστικής κάλυψης και η

---

<sup>81</sup> ΔΙΚΑΔΙ (2003) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.dikadi-rom.gr](http://www.dikadi-rom.gr) [Πρόσβαση: 20 Ιανουαρίου 2010]

<sup>82</sup> Καυάλης, Α., (2003)

<sup>83</sup> Άρθρο 9 και 2,1

<sup>84</sup> βλ. άνωθι

έλλειψη μιας σχεδιασμένης κρατικής μέριμνας έχουν ως αποτέλεσμα μια μεγάλη μερίδα του πληθυσμού να πάσχουν από διάφορα λοιμώδη νοσήματα, αναπνευστικά και καρδιολογικά προβλήματα.

Σύμφωνα με το νομικό πλαίσιο έχουν ψηφισθεί μια σειρά ενεργειών, που στην πλειοψηφία τους δεν υλοποιήθηκαν στο γενικό πληθυσμό των αθίγγανων.

Αξίζει να αναφερθεί ότι όταν υλοποιείται-πραγματοποιείται κάποιο πρόγραμμα-δράση Αγωγής Υγείας από την Κοινότητα (π.χ. Δήμος Αλικαρνασσού), οι Ρομ δείχνουν μειωμένο ενδιαφέρον, γιατί κάποιες φορές δεν καταλαβαίνουν τα όσα διαδραματίζονται ή εμφορούνται από κάποιου είδους καχυποψία για τους σκοπούς της κρατικής δράσης. Έτσι, ως αποτέλεσμα έχουμε την μείωση συμμετοχής των Αθίγγανων στα προγράμματα Αγωγής Υγείας ή ακόμα και άρνηση να συμμετάσχουν. Έτσι, οι Αθίγγανοι αποκλείουν κάθε επικοινωνία με τις κρατικές υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, γιατί θέτουν ως άμεσο κριτήριο συμμετοχής τους την λήψη κάποιου χρηματικού ποσού.

Όπως αναφέρεται στο νόμο 2519/1997 προβλέπεται η εφαρμογή προγραμμάτων υγείας σε ομάδες του πληθυσμού με φυλετικές, κοινωνικές και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες που βρίσκονται σε κίνδυνο. Ειδικότερα, προβλέπεται η δημιουργία:

- ο Κινητών μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας
- ο Μονάδων για κατ' οίκων νοσηλεία
- ο Υγειονομικών σταθμών ή περιφερειακών ιατρείων
- ο Αποκεντρωμένων μονάδων πρωτοβάθμιας υγείας ή κέντρων υγείας υπαίθρου
- ο Δικτύου πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Μεταγενέστερος νόμος 3293/2004 θέσπισε το όργανο του Συνηγόρου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στα πλαίσια του Συνηγόρου του Πολίτη. Το όργανο αυτό εισηγείται προς το αρμόδιο Υπουργείο μέτρα για την αποκατάσταση και την προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, την εξάλειψη των φαινομένων κακοδιοίκησης και τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και των σχέσεών τους με τους πολίτες<sup>85</sup>.

Στερεότυπα σχετικά με τους Ρομ που δεν έχουν μελετηθεί φαίνεται να αλληλεπιδρούν με τα συστήματα τοπικής ή εθνικής κοινωνικής πρόνοιας<sup>86</sup>. Τα μέλη

<sup>85</sup> Praxis (2007) βλ. σχετικά [www.mighealth.net](http://www.mighealth.net) [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]

<sup>86</sup> ΔΙΚΑΔΙ (2003) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.dikadi-rom.gr](http://www.dikadi-rom.gr) [Πρόσβαση: 20 Ιανουαρίου 2010]



αυτής της μειονότητας έχουν υιοθετήσει ένα νομαδικό τρόπο ζωής, ο οποίος δε συνάδει με τον σύγχρονο, με αποτέλεσμα οι Ρομ να γίνονται θύματα προκατάληψης και διακρίσεων.

Η μη κυβερνητική οργάνωση PRAKSIS μέσα από μια έκθεση καταθέτει τη δική της μαρτυρία για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι Ρομ στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη. Τα προβλήματα που αναλύονται στην έκθεση αφορούν δυσκολίες και τα εμπόδια πρόσβασης των τσιγγάνων σε:

1. υπηρεσίες υγείας
2. ένταξή τους στο εκπαιδευτικό και
3. στεγαστικό σύστημα και τα θεσμικά κενά που υπάρχουν. Αν και είναι αδύνατο να δει κανείς τον αποκλεισμό από την εκπαίδευση ξεχωριστά από την πρόσβασή τους σε θέσεις εργασίας ή στη δημόσια υγεία, εδώ θα αναφερθούμε εκτενέστερα στα εμπόδια της πρόσβασης των Ρομ στις υπηρεσίες υγείας.

Η PRAKSIS βασισμένη στην εξυπηρέτηση αιτημάτων πληθυσμού των Ρομά που απευθύνεται στα Πολυϊατρεία της, διαπιστώνει την έλλειψη πληροφόρησης για τα δικαιώματα τους στην υγεία. Μεγάλο ποσοστό των τσιγγάνων, αγνοεί το δικαίωμα ασφαλιστικής και επιδοματικής κάλυψης στην Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας και οι έχοντες ασφαλιστική κάλυψη κατά την προσέλευση τους στα νοσοκομεία βιώνουν ρατσιστική συμπεριφορά από επαγγελματίες υγείας, με αποτέλεσμα την αδυναμία αξιοποίησης των ασφαλιστικών τους δικαιωμάτων<sup>87</sup>.

Τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, έχει καταγραφεί μια βελτίωση της αντιμετώπισης του νοσοκομειακού προσωπικού προς τους Ρομ χωρίς να σημαίνει ότι οι διακρίσεις έχουν εξ' ολοκλήρου εκλείψει. Μία παράμετρος που δυσχεραίνει τη σχέση είναι οι διαφορετικές επικοινωνιακές και πολιτισμικές προσλαμβάνουσες. Η μη-τήρηση των κανόνων καλής συμπεριφοράς ως προς το επάγγελμα του ιατρού εκλαμβάνεται από μέρος της ιατρικής κοινότητας ως έλλειψη σεβασμού<sup>88</sup>.

Η σχέση των Ρομ με τις υπηρεσίες υγείας σημαίνει πως η εμπειρία της υποδοχής σε νοσοκομείο θα προκαλέσει ανησυχία και άγχος σε όλα τα μέλη της διευρυμένης οικογένειας. Επιπλέον, η έλλειψη ενημερότητας για την οργάνωση και

---

<sup>87</sup> Praxis (2007) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.mighealth.net](http://www.mighealth.net) [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]

<sup>88</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://mighealth.net/el/index.php/Ρομά> [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]

τη λειτουργία των νοσοκομείων δημιουργεί επιπρόσθετη δυσκολία που συχνά προκαλεί συγκρούσεις.

Είναι γνωστό πως οι Ρομ χρησιμοποιούν υπερβολικά τις υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών. Όπως ήδη επισημάνθηκε, αυτό σχετίζεται άμεσα με τον τρόπο που οι Ρομ αντιλαμβάνονται την ασθένεια: αμεσότητα στη διάγνωση και στην θεραπεία και σχέση της ασθένειας με τον θάνατο. Η χρήση αυτών των υπηρεσιών επικρατεί όταν πρόκειται για άρρωστα παιδιά (ειδικά όταν τα συμπτώματα περιλαμβάνουν υψηλό πυρετό) ή στην περίπτωση ατυχημάτων. Σ' αυτές τις περιπτώσεις που η οικογένεια των Ρομ θεωρεί «πολύ σοβαρές», τα μέλη είναι συνήθως σε απελπιστική κατάσταση όταν εισέρχονται στις αίθουσες επειγόντων περιστατικών<sup>89</sup>.

Επίσης, σύμφωνα με το κανονισμό των νοσοκομείων, κατά τις εφημερίες, επιτρέπεται ένας συνοδός στα ιατρεία εξέτασης των ασθενών. Οι φύλακες ασφαλείας από την μία πλευρά εκτελώντας το ρόλο τους για την εφαρμογή του κανονισμού και οι οικογένειες των Ρομ από την άλλη πλευρά ζητώντας να συνοδεύσουν το παιδί τους περισσότερα μέλη όπως οι γονείς, γιαγιάδες και παππούδες, οδηγούν στην εκδήλωση σκηνικών σύγκρουσης και έντονης λογομαχίας.

Παρ' αυτά είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η σχέση των Ρομ με το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας έχει σημειώσει μια βελτίωση, όπως και η χρήση των υπηρεσιών από τους Ρομ. Πιο συγκεκριμένα, οι μεταβολές που έχουν σημειωθεί είναι:

1. η τακτική παρακολούθηση της εμβολιαστικής κατάστασης των παιδιών
2. η εξοικείωση των γυναικών με την εξέταση Π. Α. Π.
3. η χρήση των αποκεντρωμένων υπηρεσιών υγείας, όπως είναι τα Κέντρα Υγείας
4. η βελτίωση της αντιμετώπισης των Ρομ από το προσωπικό των νοσοκομείων ως ισότιμων ασθενών.

Επίσης, αποφεύγουν να παραδεχθούν ότι έχουν κάποια ασθένεια, γιατί υπάρχει ο φόβος του κοινωνικού αποκλεισμού εντός των ορίων της κοινότητάς τους. Γι' αυτό αποφεύγουν να δεχθούν οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή ή να επισκεφθούν κάποιο γιατρό<sup>90</sup>.

---

<sup>89</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://www.gitanos.org/publichealth/HealthGuide/Griego>. [Πρόσβαση: 05 Απριλίου 2010]

<sup>90</sup> Baum, N., Martha, C., (2005)

Ο γιατρός είναι για τους Ρομ μια αποφευκτέα μορφή, γιατί τον θεωρούν ως σύμβολο του «θανάτου» και της κοινωνικής τους αποβολής εν προκειμένω. Βασανιζόμενες από τις προκαταλήψεις τους, δεν έχουν καμία ενημέρωση σε θέματα υγείας, αγνοώντας πλήρως την έννοια «πρόληψη», που σημαίνει να φροντίζουν τον εαυτό τους. Η κλειστή κοινωνία στην οποία ζουν δεν είναι εύκολα προσβάσιμη από τις υπηρεσίες υγείας του κράτους.

Ένα ακόμη παράδειγμα αποτελεί μια έρευνα του κοινωνικού ιδρύματος Stolipinovo<sup>91</sup> στη Βουλγαρία, που έχει υπολογίσει ότι 80% του τοπικού πληθυσμού των Ρομ που είναι άνεργοι, δεν επισκέφτηκαν έναν παθολόγο καθώς δεν γνώριζαν τις διαδικασίες που έπρεπε να ακολουθήσουν.

Σε διάφορες χώρες, η πλειοψηφία του πληθυσμού μπορεί να υποθέσει ότι οι Ρομ είναι πλούσιοι και προσπαθούν να εξαπατήσουν την κοινωνική πρόνοια και τους πραγματικά φτωχούς με την επιδίωξη των οφελών. Ενώ, πολλές ευρωπαϊκές χώρες αντιμετωπίζουν αυτήν την περίοδο ποσοστά υψηλής ανεργίας, οι Ρομ αποτελούν ένα υψηλό ποσοστό μακροπρόθεσμων ανέργων. Παράλληλα, όσοι Ρομ εργάζονται είναι κυρίως ανασφάλιστοι. Παράδειγμα απασχόλησης των τσιγγάνων αποτελεί η ενασχόληση με τη συλλογή παλιοσίδερων ή άλλων απορριμμάτων που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία. Έτσι, τα άτομα που νοσούν και δεν έχουν ασφάλιση υγείας εμποδίζονται να ασκήσουν τα δικαιώματά τους. Επιπλέον, η άσχημη κατάσταση της υγείας δεν βοηθάει στην εξασφάλιση της εργασίας. Συνεπώς, η ανάγκη για την πρόσβαση στην κοινωνική προστασία για τους Ρομ μπορεί να είναι σημαντική, και η ελλιπής μελέτη σε αυτή την περιοχή να κρίνεται ιδιαίτερα επείγουσα.

Για κάποιους Ρομ, η πρόσβαση στις κοινωνικές παροχές αποκλείεται λόγω του υψηλού κόστους των εγγράφων ταυτότητας όπως τα πιστοποιητικά γέννησης και η απόδειξη του αστικού γάμου<sup>92</sup>.

Σημαντικό πρόβλημα που δυσχεραίνει την πρόσβαση των μελών της κοινότητας των Ρομ στο Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι η μη-ιατροφαρμακευτική κάλυψη από ασφαλιστικό ταμείο ή από την Πρόνοια. Επίσης, συναντούμε μέλη της κοινότητας κυρίως μέσης και μεγαλύτερης ηλικίας που δεν διαθέτουν δελτίο

---

<sup>91</sup> Συνέντευξη Plovdiv, Βουλγαρία, 20 Νοεμβρίου 2001

<sup>92</sup> Αναπτυξιακή Σύμπραξη EQUAL ΔΙ.ΚΑ.ΔΙ. – ROM (2006) Για το θέμα βλ: σχετικά: [www.dikadi-rom.gr](http://www.dikadi-rom.gr) [Πρόσβαση: 3 Φεβρουαρίου 2010]

αστυνομικής ταυτότητας, αποκλείοντάς τους έτσι, από το δικαίωμα στην υγεία και την πρόσβαση στο σύστημα υγείας.

Επίσης, το δίλημμα που συχνά αντιμετωπίζει η κοινότητα, όπως εκείνο της φορολογικής εκκαθάρισης ή της παράδοσης του αυτοκινήτου κ.ά. για την ιατροφαρμακευτική κάλυψη από την Πρόνοια, απαντάται με τη στροφή της κοινότητας στη χρήση των υπηρεσιών υγείας του ιδιωτικού τομέα.

Η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού των σκηνιτών ρομ είναι επισφαλής λόγω των κάκιστων συνθηκών διαβίωσής τους, όπως και της μεγάλης χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Σύμφωνα με έρευνα των Γιατρών του Κόσμου το 1999, σε κάποιες κοινότητες σκηνιτών, μέχρι και το 99% ήταν προσβεβλημένο από τον ιό της ηπατίτιδας Α. Το 50% είχε επίσης εκτεθεί στον ιό της ηπατίτιδας Β<sup>93</sup>.

Αν και όλοι γνωρίζουν την ύπαρξη του Α.Ι.Δ.Σ., γενικά δεν θεωρείται ως προσωπική απειλή. Οι παρερμηνείες για το πώς ο Η.Ι.Υ. διαβιβάζεται είναι διαδεδομένες, και οι γυναίκες είχαν πολύ λίγη γνώση για τη μετάδοση του Η.Ι.Υ. και τα προστατευτικά βήματα. Υπάρχει μια επείγουσα ανάγκη για την ανάπτυξη των προγραμμάτων πρόληψης του Α.Ι.Δ.Σ. στους πολιτιστικά ευαίσθητους πληθυσμούς των τσιγγάνων στην Ανατολική Ευρώπη, όπου τα ποσοστά Η.Ι.Υ. αυξάνονται γρήγορα<sup>94</sup>.

Παρ' όλο που η διαδικασία ανάπτυξης γίνεται όλο και περισσότερο γνωστή στις γυναίκες Ρομ, ακόμα υπάρχουν πολλές που δεν είναι ενημερωμένες και συχνά, δεν ερμηνεύουν σωστά τις αλλαγές που συντελούνται στο σώμα τους. Το αποτέλεσμα είναι μάλλον ακόμα πιο έντονο στην περίπτωση της ψυχολογικής διαταραχής που σχετίζεται με το ξεκίνημα των συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους<sup>95</sup>.

Η Ελλάδα, όπως και η Βουλγαρία, αντιμετώπισαν τα προβλήματα υγείας των νομάδων Ρομ δημιουργώντας κινητές μονάδες υγείας, ιδρύοντας κοινωνικο-ιατρικά κέντρα, τα οποία προσφέρουν ανεκτίμητη συμβουλευτική στους απομονωμένους Ρομ.

---

<sup>93</sup> Διβάνη, Λ., (2001:9)

<sup>94</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://www.romanihealth.com> [Πρόσβαση: 12 Μαΐου 2010]

<sup>95</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://womenlobby.gr> [Πρόσβαση: 12 Μαΐου 2010]

Η κοινωνική ένταξη των Ρομ και των νομάδων διαφέρει από χώρα σε χώρα ως προς το βαθμό κατά τον οποίο αυτή αποτελεί προτεραιότητα, αλλά υπάρχουν διαφοροποιήσεις και στη συνολική προσέγγιση του θέματος<sup>96</sup>.

Σύμφωνα με τον απολογισμό του Γραφείου Ποιότητας Ζωής του Πρωθυπουργού λειτουργούν μονάδες ιατρικής και κοινωνικής υποστήριξης, όπου διαπιστώνεται ότι το 77% των Τσιγγάνων είναι εντελώς ανασφάλιστοι. Η μόνη περίθαλψη που έχουν είναι αυτή των απόρων αν και το πιστοποιητικό απορίας είναι δύσκολο να εξασφαλιστεί. Σ' αυτές τις περιπτώσεις τα νοσοκομεία απαιτούν κάποια νοσήλια, έτσι προκειμένου να τα εξασφαλίσουν, κατακρατούν τις αστυνομικές ταυτότητες των Τσιγγάνων με αποτέλεσμα να μένουν χωρίς το απαραίτητο για τις συναλλαγές τους δελτίο ταυτότητας, όσοι το διαθέτουν<sup>97</sup>.

Η πρόσβαση στις κοινωνικές παροχές μπορεί να αμφισβητηθεί για τους Ρομ εξαιτίας πολλαπλών λόγων. Ένα κριτήριο επιλεξιμότητας είναι η ηλικία της μητέρας ή ο περιορισμός του αριθμού των τέκνων που καλύπτονται από τον εκάστοτε φορέα. Στη Βουλγαρία, έχει απαγορευθεί η χορήγηση επιδομάτων σε μητέρες τσιγγάνες ηλικίας κάτω των 16. Στο σύνολο του γενικού τσιγγάνικου πληθυσμού, οι νέες μητέρες αποτελούν ένα διόλου ευκαταφρόνητο ποσοστό, επιδρώντας έτσι αρνητικά.

Από το 1997, στη Ρουμανία, οι παροχές περιορίστηκαν σε ένα σταθερό ποσό για τις οικογένειες με περισσότερα από τέσσερα παιδιά. Βρέθηκε όμως, ότι οι γυναίκες Ρομ, ηλικίας μεταξύ 35 και 39, ήταν υπεύθυνες κατά μέσο όρο 5 παιδιών, ενώ οι γυναίκες της ίδιας ηλικίας στον ευρύτερο πληθυσμό είχαν ευθύνη για μόνο 1-2 παιδιά. Κατά συνέπεια, το πρόγραμμα αυτό θα ασκούσε δυσανάλογη επίδραση στις γυναίκες Ρομ.

Η Επιτροπή των δικαιωμάτων των παιδιών εξέφρασε πρόσφατα την ανησυχία ότι πολλές από τις οικογένειες των Ρομ στην Ελλάδα δεν λαμβάνουν τα επιδόματα φροντίδας των παιδιών. Έτσι, πρέπει να καθοριστούν οι λόγοι για αυτήν την κατάσταση στην Ελλάδα και αλλού, να εστιάσουν στο πως η διάκριση αυτή μπορεί να διαδραματίσει έναν σημαντικό ρόλο στην πρόσβαση της υγείας και να δοθεί προσοχή στο εάν τα τμήματα κοινωνικής πρόνοιας εξετάζουν επαρκώς τις ανάγκες

---

<sup>96</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή και Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ίσων Ευκαιριών (2009) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.peer-review-social-inclusion.eu](http://www.peer-review-social-inclusion.eu) [Πρόσβαση: 10 Φεβρουαρίου 2010]

<sup>97</sup> Διβάνη, Λ., (2001:9-10)

των Ρομ ή όχι, καθώς και το πώς τα προληπτικά μέτρα μπορούν να ληφθούν για να εξασφαλίσουν ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Είναι σημαντικό ότι οι Ρομ περιλαμβάνουν έναν σημαντικό αριθμό εσωτερικά μετατοπισμένων προσώπων, προσφύγων και ατόμων που αιτούνται άσυλο σε όλη την Ευρώπη. Υπό αυτήν τη μορφή, αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες στην πρόσβαση των κοινωνικών παροχών και της υγειονομικής περίθαλψης<sup>98</sup>.

Αν και το προσδόκιμο ζωής των Ρομ είναι δέκα χρόνια λιγότερο από αυτό του γενικού πληθυσμού, έχουν γίνει ελάχιστες προσπάθειες στην Ευρωπαϊκή Ένωση για βελτίωση της υγείας των Ρομ. Η κακή κατάσταση της υγείας μπορεί να θεωρηθεί προϊόν οικονομικής ανέχειας, μη ισορροπημένης διατροφής και έλλειψης συνθηκών υγιεινής σε συνάρτηση με άλλους παράγοντες.

Σε κάθε περίπτωση, η ευαισθητοποίηση του κοινού και η στήριξη από τις τοπικές αρχές κρίνεται αναγκαία για την καλύτερη κοινωνική ένταξη. Για το σχεδιασμό και συντονισμό έργων ενσωμάτωσης είναι επιθυμητή η σύσταση μιας επιτροπής αποτελούμενη από εκπροσώπους πολλών Υπουργείων και υποβοηθούμενη από μία διοικητική μονάδα. Γνωμοδοτικές επιτροπές με συμμετοχή των Ρομ, σε εθνικό και τοπικό επίπεδο, μπορούν να προσφέρουν καθοδήγηση, ενώ ομάδες εργασίας αποτελούμενες από ενδιαφερόμενους φορείς, συμπεριλαμβανομένων Μ.Κ.Ο. Ρομ, βοηθούν στην αποτελεσματική εφαρμογή. Παρόλα αυτά, οι περισσότεροι Μ.Κ.Ο. Ρομ έχουν ανάγκη από υποστήριξη για βελτίωση της σχετικής υποδομής, ώστε να μπορούν οι τσιγγάνοι να έχουν πρόσβαση σε αυτές.

Συμπερασματικά, μπορούμε να αναφέρουμε πως:

- Η κακή κατάσταση της υγείας των Ρομ οφείλεται στην οικονομική ανέχεια, τις ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης και τη μη ισορροπημένη διατροφή.
- Η περιορισμένη πρόσβαση σε ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες εξακολουθεί να αποτελεί πρόβλημα στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες.
- Οι εκστρατείες εμβολιασμού και ιατρικού ελέγχου επιφέρουν άμεσες βελτιώσεις, αλλά χρειάζεται να συνεχιστούν.

---

<sup>98</sup> Αναπτυξιακή Σύμπραξη EQUAL ΔΙ.ΚΑ.ΔΙ. – ROM (2006) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.dikadi-rom.gr](http://www.dikadi-rom.gr) [Πρόσβαση: 3 Φεβρουαρίου 2010]

➤ Η εκπαίδευση σε θέματα υγείας είναι σημαντική, ιδιαίτερα όσον αφορά στις γυναίκες, τις κοπέλες και τα παιδιά, αλλά θα πρέπει να αποφευχθεί η συγκαταβατική αντιμετώπιση και ο στιγματισμός.

➤ Τα κοινωνικό-ιατρικά κέντρα, τα οποία προσφέρουν συμβουλευτική, είναι αποτελεσματικά και δημοφιλή, αλλά ο ρόλος των μεσολαβητών θα μπορούσε να είναι πιο σημαντικός, ενώ υπάρχει η ανάγκη για ενίσχυση των δεσμών με τις γενικές υπηρεσίες.

➤ Οι κινητές μονάδες είναι ανεκτίμητες για την πρόσβαση σε απομακρυσμένες κοινότητες<sup>99</sup>.

### **3.2. Η πρόσβαση των τσιγγάνων στην εκπαίδευση για την υγεία.**

Η εκπαίδευση των Ρομ επηρεάζεται κυρίως από εξωτερικούς παράγοντες, όπως είναι η συχνή μετακίνηση του πληθυσμού και η έλλειψη μόνιμης κατοικίας, η απόσταση από το σχολείο, τα οικονομικά προβλήματα που απομακρύνουν τα παιδιά από το σχολείο και τα οδηγούν στην παιδική εργασία, τα φαινόμενα ρατσισμού που δέχονται οι μαθητές στο σχολείο κ.α.<sup>100</sup>.

Ο τρόπος με τον οποίο ζουν οι Ρομ θα μπορούσε να χαρακτηριστεί έως και ανταγωνιστικός προς το σχολικό περιβάλλον, γεγονός που οδηγεί σε αναλφαβητισμό του πληθυσμού που φτάνει το 60 %<sup>101</sup>. Έρευνα του 2003 έδειξε πως το 82,5% των Ρομ, ηλικίας 20-24 ετών έχουν ολοκληρώσει το δημοτικό σχολείο, ενώ έρευνα του 2002 αποκάλυψε πως μόνο το 5% είχε αποφοιτήσει από την δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Η διάκριση λόγω συνήθειας είναι παράνομη, έτσι κρίνεται απαραίτητο να ληφθούν μέτρα κατά του διαχωρισμού ώστε να μειωθούν τα ποσοστά εγκατάλειψης του σχολείου. Η παροχή επιδομάτων στις οικογένειες είναι βοηθητική, όμως η δωρεάν εκπαίδευση και η μεταφορά των μαθητών από τις απομακρυσμένες περιοχές που ζουν στο σχολείο είναι απαραίτητη.

Ανάμεσα στις ομότιμες χώρες η Ελλάδα βρίσκεται πιο κοντά στο πρότυπο της Ισπανίας. Η Ελλάδα είχε ανακοινώσει ένα πρόγραμμα για την ενσωμάτωση των Ρομ

---

<sup>99</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή και Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ίσων Ευκαιριών (2009) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.peer-review-social-inclusion.eu](http://www.peer-review-social-inclusion.eu) [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]

<sup>100</sup> Διβάνη, Λ., (2001:10)

<sup>101</sup> Διβάνη, Λ., (2001:10)

αλλά και το πώς σχετίζεται η εκπαίδευση, η απασχόληση και η υγεία μεταξύ τους, βέβαια η πρόοδος είναι πολύ αργή<sup>102</sup>. Πιο συγκεκριμένα, ελάχιστες είναι οι έρευνες που μελετούν την σχέση μεταξύ της εκπαίδευσης και της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη. Η παροχή εκπαίδευσης και η καλή υγεία ενισχύουν την ευημερία και την ανάπτυξη ενός πληθυσμού<sup>103</sup>.

Το δικαίωμα στην παροχή εκπαίδευσης περιλαμβάνει τη δυνατότητα πρόσβασης για όλους, πιο ειδικευμένα οι συζητήσεις για την εκπαίδευση δεν πρέπει να περιορίζονται μόνο στα παιδιά αλλά και στους ενήλικες που έχασαν την ευκαιρία για μια καλύτερη εκπαίδευση.

Το ICESCR υποχρεώνει τα κρατικά κόμματα να εκπληρώσουν την πραγματοποίηση του δικαιώματος στην εκπαίδευση για όλους, εν μέρει με την παροχή της υποχρεωτικής και ελεύθερης βασικής εκπαίδευσης, να καταστήσουν τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση προσιτή σε όλους με κάθε κατάλληλα μέσα, και την ενθάρρυνση της θεμελιώδους εκπαίδευσης για εκείνα τα πρόσωπα που δεν την έχουν ολοκληρώσει. Στην Ελλάδα πολλοί ενήλικες θα μπορούσαν να ωφεληθούν από προγράμματα εκπαίδευσης ενηλίκων, κυρίως οι νομάδες. Σε κάποιες περιοχές της Ελλάδας κινητά σχολεία ακολουθούν τις νομάδες στα ταξίδια τους<sup>104</sup>.

Η Συνθήκη σχετικά με τα δικαιώματα του παιδιού, άρθρο 24<sup>105</sup> τονίζει πως τα κρατικά Κόμματα οφείλουν να εξασφαλίσουν ότι όλα τα μέλη της κοινωνίας έχουν πρόσβαση στην εκπαίδευση και υποστηρίζονται στη χρήση της βασικής γνώσης, της παιδικής υγείας και διατροφής, τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, της υγιεινής και της περιβαλλοντικής υγιεινής και της πρόληψης των ατυχημάτων. Γενικότερα, τα κράτη υποχρεούνται να προάγουν μια προληπτική υγειονομική περίθαλψη και να

---

<sup>102</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή και Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ίσων Ευκαιριών (2009) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.peer-review-social-inclusion.eu](http://www.peer-review-social-inclusion.eu) [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]

<sup>103</sup> ΔΙΚΑΔΙ (2003) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.dikadi-rom.gr](http://www.dikadi-rom.gr) [Πρόσβαση: 6 Μαρτίου 2010]

<sup>104</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή και Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ίσων Ευκαιριών (2009) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.peer-review-social-inclusion.eu](http://www.peer-review-social-inclusion.eu) [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]

<sup>105</sup> Σύμφωνα με τη Συνθήκη για τα Δικαιώματα του Παιδιού, το άρθρο 24 αναφέρεται στο δικαίωμα της καλύτερης δυνατής φροντίδας για την υγεία των παιδιών, να πίνουν καθαρό νερό, να φάνε θρεπτικό φαγητό, να έχουν ένα καθαρό και ασφαλές περιβάλλον και τις πληροφορίες που θα τα βοηθήσουν να μείνουν υγιή.



ενημερώνουν τους γονείς σε θέματα σχετικά με την υγεία μέσω του οικογενειακού προγραμματισμού.

Από την άλλη πλευρά, τα σχολεία είναι αυτά που παρέχουν συχνά πληροφορίες σχετικές με την υγιεινή, τη σωστή διατροφή και την πρόληψη ασθενειών. Όπως όμως ήδη έχει αναφερθεί, η πρόσβαση των Ρομ στο εκπαιδευτικό σύστημα εμποδίζεται εξαιτίας διαφόρων παραγόντων. Οι Τσιγγάνοι φαίνεται να πιστεύουν ότι το σχολείο δεν προσφέρει κάτι στις δικές τους εκπαιδευτικές πρακτικές, ούτε τους προσφέρει περισσότερες ευκαιρίες πρόσβασης στο τομέα της εργασίας. Αντίθετα, το σχολείο για τους Ρομ είναι ένας χώρος περιοριστικός στον οποίο δεν γίνεται σεβαστή η διαφορετικότητα και η ιδιαιτερότητα των τσιγγανόπουλων. Επίσης, το σχολείο αποτελεί απειλή για τον τσιγγάνικο λαό, διότι αναπαράγει κοινωνικά μοντέλα τα οποία είναι αντίθετα με τα ήθη και έθιμα τους, τις αντιλήψεις και τον τρόπο σκέψης που έχουν οι Ρομ. Το εκπαιδευτικό σύστημα αγνοεί τη διαφορετικότητα, δεν αντιλαμβάνεται και δεν εκτιμά την κουλτούρα, την γλώσσα, τις πολιτισμικές διαφορές άλλων εθνοτικών ομάδων που συμμετέχουν σε αυτό με αποτέλεσμα το ίδιο να οδηγεί στη περιθωριοποίηση και στον αποκλεισμό<sup>106</sup>.

Για παράδειγμα, οι γονείς Ρομ μπορεί να θεωρούν το σχολείο απειλή κυρίως για τα νεαρά κορίτσια, δηλαδή, ένας γονιός Ρομ μπορεί να πιστεύει πως η κόρη του μπορεί να παρασυρθεί από τα στοιχεία του πολιτισμού της πλειοψηφίας, να ερωτευθεί και να έρθει σε σεξουαλική επαφή. Έτσι, λαμβάνουν μέτρα προστασίας και ένα μέλος της οικογένειας συνοδεύει το παιδί στο σχολείο ή χειρότερα διακόπτουν την φοίτηση στην ηλικία της εφηβείας. Ακόμη ένα νεαρό κορίτσι μπορεί να διακόψει τη φοίτησή του για να συνεισφέρει στο σπίτι. Προτεραιότητα για τους Ρομ γονείς είναι η προετοιμασία των κοριτσιών για τον γάμο και την τεκνοποίηση και όχι η φοίτηση σε κάποιο σχολείο. Η έλλειψη εκπαίδευσης συνιστά ανάκαινα τα κορίτσια ώστε να καταστήσουν κατανοητό στους γονείς ότι η πρόωγη τεκνοποιία εκθέτει τις νέες γυναίκες σε απειλητικά για τη ζωή προβλήματα υγείας, επειδή οι οργανισμοί τους είναι συχνά ανεπαρκώς ώριμοι για να περάσουν τη διαδικασία της εγκυμοσύνης και της γέννας.

---

<sup>106</sup> Καραντινός, Δ., Μαράτου-Αλιμπράντη, Λ., Φρονίμου, Ε., (2005:509-512)

Γενικότερα, η βασική εκπαίδευση είναι απαραίτητη έτσι ώστε οι Ρομ να έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικές με την πρόληψη και τους κινδύνους υγείας που παρέχονται σε γραπτά κείμενα και πρέπει να διαβαστούν<sup>107</sup>.

### **3.3. Η πρόσβαση των τσιγγάνων σε εφοδιασμένα οικήματα σε σχέση με την υγεία**

Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη συνδέεται με πολλούς τρόπους με τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και την κατάλληλη κατοικία. Μεταξύ των παραγόντων που έχουν επιπτώσεις στην υγεία των Ρομ σχετικά με την κατοικία είναι οι φτωχές συνθήκες διαβίωσης, η έλλειψη δημόσιων υπηρεσιών κατάλληλων για τους πληθυσμούς, προβλήματα στην εξασφάλιση μιας μόνιμη κατοικίας και οι εξαναγκαστικές απελάσεις. Αυτοί οι παράγοντες μειώνουν επίσης τη δυνατότητα να δοθεί η προσοχή στην υγεία των τσιγγάνων. Εάν τα κράτη προσπαθήσουν να βελτιώσουν την υγεία των Ρομ τότε μέγιστη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην εξασφάλιση της πρόσβασης στην επαρκή κατοικία.

Το δικαίωμα στην επαρκή κατοικία αναγνωρίζεται στα πολυάριθμα Διεθνή Σύμφωνα, ειδικότερα τα Διεθνή Σύμφωνα για τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα<sup>108</sup>.

Η χρήση του όρου κατοικία ισχύει για τις διάφορες μορφές στέγασης, συμπεριλαμβανομένων των τροχόσπιτων και των περιοχών εγκατάστασης. Καλύπτει επίσης, το ευρύτερο περιβάλλον, δηλαδή τον τόπο στον οποίο είναι τοποθετημένη η κατοικία, όπως η υποδομή, οι δημόσιες υπηρεσίες, το περιβάλλον, κ.λπ.

Σχηματικά υπάρχουν οι παρακάτω τύποι κατοικίας:

- Αμιγής καταυλισμός σε μόνιμη θέση - παραπήγματα, καλύβια, τσαντίρια - με μόνιμη ή εποχική χρήση. Πρόκειται για την κατηγορία μόνιμης κατοικίας όπου παρουσιάζονται τα οξύτερα προβλήματα, δεδομένου ότι βρίσκονται συχνά σε θέσεις ακατάλληλες ή και επικίνδυνες γι' αυτήν τη χρήση (θέσεις που πλημμυρίζουν λόγω φυσικών χαρακτηριστικών, όπως στις όχθες ποταμών, δίπλα σε ανοιχτούς αποχετευτικούς αγωγούς, αρδευτικά αυλάκια ή βρίσκονται κοντά σε ασύμβατες με την κατοικία χρήσεις όπως χωματερές, σφαγεία κ.τ.λ.), στερούνται οποιασδήποτε υποδομής ύδρευσης,

<sup>107</sup> ΔΙΚΑΔΙ (2003) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.dikadi-rom.gr](http://www.dikadi-rom.gr) [Πρόσβαση: 20 Ιανουαρίου 2010]

<sup>108</sup> ΔΙΚΑΔΙ (2003) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.dikadi-rom.gr](http://www.dikadi-rom.gr) [Πρόσβαση: 20 Ιανουαρίου 2010]

ηλεκτροδότησης ή αποχέτευσης, ενώ τα καταλύματα δεν εξασφαλίζουν τους στοιχειώδεις όρους υγιεινής διαβίωσης.

- Αμιγείς καταυλισμοί σε θέση που μετακινείται στα όρια μιας ευρύτερης περιοχής με μόνιμη ή εποχική χρήση. Οι περιπτώσεις αυτές παρουσιάζουν προβλήματα αντίστοιχα ή και οξύτερα από την προηγούμενη κατηγορία, ενώ η μετακίνηση της θέσης πιθανόν υποδηλώνει προσωρινή εγκατάσταση ή μικρότερο βαθμό κοινωνικής αποδοχής.
- Μικτοί καταυλισμοί - ανάμιξη σπιτιών με πρόχειρες κατασκευές (καλύβια, τσαντίρια) με μόνιμη συνήθως, χρήση. Πρόκειται, συνήθως, για μακρόχρονη εγκατάσταση καταυλισμών που βαθμιαία μετεξελίσσονται σε γειτονιές. Βρίσκονται συχνά σε σχετικά λιγότερο προβληματικές θέσεις, απ' όπου όμως λείπει η υποδομή, ενώ τα καταλύματα σταδιακά βελτιώνονται.
- Γειτονιές - κυρίως σπίτια, με μόνιμη χρήση, συχνά σε υποβαθμισμένες περιοχές του αστικού ιστού.
- Συμβατικές κατοικίες ή διαμερίσματα, διάσπαρτα στον αστικό ιστό.

Τα προβλήματα που εντοπίζονται στους παραπάνω τύπους είναι διαφόρων ειδών, άλλοτε αντίστοιχα με αυτά του γενικού πληθυσμού (που όμως εδώ συναντώνται με μεγαλύτερη ένταση), άλλοτε αποκλειστικά συνδεδεμένα με τις τσιγγάνικες κοινότητες<sup>109</sup>.

Μια επαρκής κατοικία θα πρέπει να προστατεύει τους κατοίκους της από το κρύο, την υγρασία, τη θερμότητα, τη βροχή, τον αέρα ή άλλες απειλές για την υγεία. Να εγγυάται δηλαδή, τη σωματική ασφάλεια των ενοίκων της. Παράλληλα, απαραίτητη κρίνεται η πρόσβαση στο πόσιμο νερό, στο ρεύμα, τη θέρμανση και το φωτισμό, τις εγκαταστάσεις υγιεινής και την αποθήκευση τροφίμων. Αν κάποια από τις παραπάνω ιδιότητες απουσιάζει, τότε το δικαίωμα σε μια επαρκή κατοικία δεν είναι σε ισχύ.

Πιο συγκεκριμένα, οι κοινότητες των τσιγγάνων στερούνται το καθαρό νερό, τη θερμότητα, την ικανοποιητική ηλεκτρική ενέργεια, τους στρωμένους δρόμους, τη συλλογή απορριμμάτων και τις κατάλληλες συνθήκες υγιεινής. Στη δόμηση και την υγεία, οι κίνδυνοι αφθονούν από την επιβάρυνση με στέγες που μπορεί να έχουν διαρροή, προσβολή από τα τρωκτικά, μισοκατεδαφισμένα κτίρια, και πολυσύχναστους δρόμους. Οι κοινότητες των Ρομ μπορεί επίσης να πάσχουν από

---

<sup>109</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.oikokoiononia.gr](http://www.oikokoiononia.gr) [Πρόσβαση: 3 Μαρτίου 2010]

δυσμενή έκθεση στους περιβαλλοντικούς κινδύνους, συχνά επειδή ζουν κοντά σε βιομηχανικά εργοστάσια, νόμιμες και παράνομες περιοχές επιβλαβών αποβλήτων, δημοτικές απορρίψεις απορριμμάτων και άλλες πηγές επιβλαβούς ρύπανσης<sup>110</sup>.

Η κακή κατάσταση της υγείας των Ρομ μπορεί να βελτιωθεί με εμβολιασμούς, ιατρικούς ελέγχους και ενημερωτικές εκστρατείες αλλά απαιτείται ευκολότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες για το κοινό. Την ίδια ώρα οι κυριότερες αιτίες ασθενειών είναι η ανέχεια, η μη ισορροπημένη διατροφή και οι έλλειψη υγιεινής στην καθημερινότητά τους. Στην Ελλάδα, κινητές μονάδες υγείας εξυπηρετούν απομονωμένες περιοχές και υπάρχουν κοινωνικό—ιατρικά κέντρα τα οποία παράγουν έργο, αλλά η πρόσβαση στις υπηρεσίες για το κοινό θα επιβάλλεται να γίνει ευκολότερη. Οι διαφορές ανάμεσα στους Έλληνες και μη Ρομ, φαίνονται και στην κοινωνική ζωή. Οι Έλληνες Ρομ είναι ενσωματωμένοι και συχνά σχετικά εύποροι, μερικοί έχουν δικές τους επιχειρήσεις και ζουν σε κανονικές οικίες. Οι μη Έλληνες Ρομ είναι περιθωριοποιημένοι, ζουν σε εξαθλιωμένους καταυλισμούς ή ερειπωμένα σπίτια, συχνά στα περίχωρα των πόλεων<sup>111</sup>.

Σύμφωνα με τη μελέτη που εκπόνησε η Δ.Ε.ΠΟ.Σ (Δημόσια Επιχείρηση Πολεοδομίας και Στέγασης) το 1999, οι συνθήκες ζωής στους καταυλισμούς είναι άθλιες, καθώς οι τσιγγάνοι ζουν σε παράγκες, μέσα στα σκουπίδια, χωρίς νερό, τουαλέτες, φως, στο έλεος των καιρικών φαινομένων και των επιδημιών. Οι τσιγγάνικοι καταυλισμοί λοιπόν αποτελούν εστίες μόλυνσης, με αποτέλεσμα οι μη Τσιγγάνοι δημότες να θεωρούν την παρουσία των Τσιγγάνων υποβάθμιση για την περιοχή τους και να προσπαθούν με κάθε πρόσχημα να τους διώξουν από εκεί.

Είναι ευρέως γνωστό ότι συχνά οι Τσιγγάνοι, στερούμενοι εναλλακτικής λύσης, καταπατούν δημόσια ή ιδιωτικά οικοπέδα προκειμένου να στήσουν τις πρόχειρες εγκαταστάσεις τους, κάτι που οδηγεί στην όξυνση των αντιθέσεων και της διαιώνισης του κοινωνικού προβλήματος, συμβίωσης των Ρομ με τους υπόλοιπους πολίτες<sup>112</sup>.

Ο Συνήγορος του Πολίτη στο πλαίσιο της δραστηριοποίησής του, εξαιτίας των ποικίλων εκδηλώσεων του αποκλεισμού που υφίστανται οι περισσότεροι τσιγγάνοι συνέβαλλε υποστηρικτικά στην κατάρτιση σχετικής Ειδικής Έκθεσης της Εθνικής

---

<sup>110</sup> ΔΙΚΑΔΙ (2003) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.dikadi-rom.gr](http://www.dikadi-rom.gr) [Πρόσβαση: 20 Ιανουαρίου 2010]

<sup>111</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή και Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ίσων Ευκαιριών (2009) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.peer-review-social-inclusion.eu](http://www.peer-review-social-inclusion.eu) [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]

<sup>112</sup> Διβάνη, Λ., (2001:14)

Επιτροπής Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (2002). Μέσω μιας δράσης σχετικά με τα παραπάνω συμπεριέλαβε μια σειρά εγκαταστάσεων Ρομ σε όλη την επικράτεια και ανέδειξε την απουσία μιας συστηματικής καταγραφής των πραγματικών προβλημάτων καθώς και τις αντιμετώπισής τους.

Οι πληθυσμοί οι οποίοι πήραν μέρος σε αυτή τη δράση παρουσιάζονται ως μόνιμα εγκατεστημένοι εξαιτίας των ευκαιριών απασχόλησης και της σχετικής ασφάλειας της εγκατάστασης που υπάρχει εκεί καθώς αποτελούν πόλο έλξης άλλων ομάδων Ρομ. Η ασφάλεια που παρέχεται σε συνδυασμό με την οικονομική κατάσταση συμβάλλουν στην διαμόρφωση ως κύριου τύπου κατοικίας τους καταυλισμούς πρόχειρων παραπηγμάτων, που ανεγείρονται με τη χρήση ευτελών υλικών ή την ανακύκλωση οικοδομικού υλικού, χωρίς σύνδεση με δίκτυα ύδρευσης, αποχέτευσης και ηλεκτροδότησης. Παρά την κατά περίπτωση συνδρομή που μπορεί να παρέχει μια δημοτική αρχή ή κάποιος άλλος φορέας, οι περιστάσεις της εγκατάστασης των συγκεκριμένων πληθυσμών, σε συνδυασμό με την οικονομική ανέχεια, την κοινωνική περιθωριοποίηση, τη γενικότερη αδιαφορία των κρατικών αρχών δημιουργούν συνθήκες έντονης εξαθλίωσης που εγκυμονούν κίνδυνους για την δημόσια υγεία και το περιβάλλον.

Εξαιτίας λοιπόν, των ακατάλληλων συνθηκών διαβίωσης των Ρομ πραγματοποιήθηκε το ολοκληρωμένο πρόγραμμα δράσης 2001-2006 ώστε να βελτιωθεί η κοινωνική τους ένταξη. Κατά τη διάρκεια ποικίλων συζητήσεων συμφωνήθηκε πως η ένταξη των Ρομ είναι μία διαδικασία η οποία απαιτεί μακροχρόνιο σχεδιασμό αλλά και άμεση δράση<sup>113</sup>.

Η στέγαση των Ρομ ανάμεσα σε άλλους ανθρώπους είναι επιθυμητή αλλά χρειάζεται στήριξη και σεβασμός των αναγκών των ατόμων. Στο μεταξύ, οι υπάρχοντες οικισμοί θα πρέπει να αποτελούν τμήμα του σχεδίου πόλεως. Στην πραγματικότητα όμως, οι δημοτικές αρχές θεωρούν επιβάρυνση τους Ρομ που ζουν στα όριά τους και αντί να επιλύσουν το πρόβλημα, απλώς προσπαθούν να απαλλαγούν απ' αυτούς με οποιονδήποτε τρόπο. Ενδεικτικά, αναφέρεται η περίπτωση του δήμου Αλικαρνασσού που προσπάθησε το 2000 να εκδιώξει τους Ρομ χωρίς να τους προσφέρει εναλλακτική λύση, παρότι είχε από την προηγούμενη

---

<sup>113</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή και Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ίσων Ευκαιριών (2009) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.peer-review-social-inclusion.eu](http://www.peer-review-social-inclusion.eu) [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]

χρονιά εκδοθεί απόφαση του Ειρηνοδικείου Ηρακλείου που έκρινε καταχρηστική την άσκηση του δικαιώματος αυτού<sup>114</sup>.

Οι δήμοι οφείλουν να παρέχουν τοποθεσίες εγκατάστασης και στάθμευσης για τους νομάδες, ενώ ταυτόχρονα επείγει να σταματήσουν τις βεβιασμένες απελάσεις<sup>115</sup>. Η αναγκαστική απέλαση ορίζεται ως η μόνιμη ή προσωρινή αφαίρεση ενάντια στη θέληση των ατόμων, οικογενειών, ή και κοινοτήτων από τα σπίτια ή και το έδαφος το οποίο καταλαμβάνουν, χωρίς την παροχή και πρόσβαση, κατάλληλων μορφών νομικής ή άλλης προστασίας. Το γενικό σχόλιο στις εξαναγκαστικές απελάσεις, που τίθεται από την Επιτροπή των Η.Ε των οικονομικών, κοινωνικών και πολιτιστικών δικαιωμάτων, περαιτέρω διευκρινίζει ότι οι απελάσεις δεν πρέπει να καταστήσουν τα άτομα άστεγα ή ευάλωτα στην παραβίαση των άλλων ανθρωπίνων δικαιωμάτων<sup>116</sup>.

Η Ελλάδα δηλώνει πως «οι παρεμβάσεις στη στέγαση θα έπρεπε να πραγματοποιηθούν ως μέρος μία ευρύτερης πολιτικής, γεωγραφικής και κοινωνικής ενσωμάτωσης, όπου το κύριο στοιχείο θα είναι η εξασφάλιση μόνιμης κατοικίας. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την ενσωμάτωση των πληθυσμών στις τοπικές κοινωνίες

Για την εύρεση μιας μόνιμης κατοικίας θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και να γίνουν σεβαστές οι επιθυμίες των ανθρώπων καθώς μερικοί Ρομ προτιμούν να παραμείνουν με τους συγγενείς τους, ενώ υπάρχουν και οικογένειες που επιθυμούν να εγκατασταθούν σε κανονικά σπίτια μαζί με τον γενικότερο πληθυσμό. Ιδίως στην τελευταία περίπτωση, μεσολαβητές μπορούν να βοηθήσουν τους Ρομ και μη Ρομ κατοίκους να εκτιμήσουν τις απόψεις των άλλων και να ανεχτούν τις όποιες διαφορές.

Μια μέθοδος επανεγκατάστασης των Ρομ σε παλαιότερα σχέδια δράσης ήταν και η χορήγηση στεγαστικών δανείων. Η χορήγηση δανείων είχε θεωρηθεί πρωτότυπη λύση καθώς ενθάρρυνε την ενσωμάτωση των Ρομ με τους υπόλοιπους πολίτες. Προβλήματα όμως εμφανίστηκαν και εδώ. Οι δικαιούχοι των δανείων αγόρασαν καινούρια σπίτια, αλλά επέστρεψαν στην αρχική κατοικία τους για να εμποδίσουν την κατεδάφισή τους από τις αρχές. Παράλληλα, υπήρξαν καταγγελίες

---

<sup>114</sup> Praxis (2007) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.mighealth.net](http://www.mighealth.net) [Πρόσβαση: 21 Απριλίου 2010]

<sup>115</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή και Γενική Διευθυνση Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ίσων Ευκαιριών(2009) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.peer-review-social-inclusion.eu](http://www.peer-review-social-inclusion.eu) [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]

<sup>116</sup> ΔΙΚΑΔΙ (2003) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.dikadi-rom.gr](http://www.dikadi-rom.gr) [Πρόσβαση: 20 Ιανουαρίου 2010]

που υποστήριζαν πως επωφελήθηκαν οι πλούσιοι και όχι το σύνολο του πληθυσμού που είχε ανάγκη τη χορήγηση αυτών των δανείων<sup>117</sup>. Σήμερα και οι ίδιοι οι τσιγγάνοι υποστηρίζουν πως ήταν λάθος να πάρουν δάνεια ανεπαρκή για τη λύση του στεγαστικού τους προβλήματος.

Στο Ολοκληρωμένο πρόγραμμα για την κοινωνική ένταξη των Ρομ παρατίθενται οι εξής προτάσεις για τη λύση του στεγαστικού προβλήματος:

- 1) Δημιουργία νέων οικισμών με πλήρη υποδομή για τις περιπτώσεις οργανωμένων, μόνιμων καταυλισμών ικανού μεγέθους, των οποίων η συνοχή αποτελεί μεσοπρόθεσμα προϋπόθεση για την οικονομική και κοινωνική επιβίωση των κατοίκων τους.
- 2) Πολεοδομικές βελτιώσεις και αναπλάσεις στις οργανωμένες γειτονιές των οποίων η θέση είναι οικιστικά κατάλληλη. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορούν να ενταχθούν στα προγράμματα των αρμόδιων Δήμων.
- 3) Αναζήτηση στεγαστικών λύσεων στο υπάρχον στεγαστικό απόθεμα σε περιπτώσεις πολύ μικρών ομάδων άστεγων Τσιγγάνων, για τους οποίους δεν έχει νόημα η δημιουργία νέου οικισμού.
- 4) Επιδοτούμενα δάνεια επισκευής και βελτίωσης υπάρχουσας κατοικίας, μορφή αρωγής, η οποία καλύπτεται από τους υπάρχοντες μηχανισμούς και ενδείκνυται για περιπτώσεις ιδιόκτητων κατοικιών που δεν καλύπτουν τις στεγαστικές ανάγκες των νοικοκυριών.
- 5) Επιδοτούμενα δάνεια αγοράς ή κατασκευής νέας κατοικίας που εντάσσεται στον υφιστάμενο αστικό ιστό. Καλύπτεται από τους υπάρχοντες μηχανισμούς και ενδείκνυται για νοικοκυριά που μπορούν να συμβάλλουν οικονομικά κατά ένα σημαντικό ποσοστό.
- 6) Δημιουργία χώρων υποδοχής που εξασφαλίζουν υγιεινές συνθήκες διαβίωσης για τις ανάγκες των μετακινούμενων και εποχικά απασχολούμενων τσιγγάνικων νοικοκυριών στις περιοχές όπου εκδηλώνεται αντίστοιχη ζήτηση.

Εν κατακλείδι, η Ελλάδα έχει καταδικαστεί δύο φορές, το 2005 και το 2006, από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Κοινωνικών Δικαιωμάτων για παραβίαση του δικαιώματος στη στέγαση των Ρομ και τις εξώσεις σε βάρος τους.

---

<sup>117</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή και Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ίσων Ευκαιριών (2009) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.peer-review-social-inclusion.eu](http://www.peer-review-social-inclusion.eu) [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΤΟΜΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΤΣΙΓΓΑΝΕΣ

#### 4.1. Οι στάσεις και οι αντιλήψεις των Τσιγγάνων γυναικών για την υγεία.

Η ασθένεια γίνεται αντιληπτή διαφορετικά από τις διαφορετικές κοινότητες ή μέσα στην ίδια κοινωνία και διαφέρει στους διαφορετικούς χρόνους ή/και μέσα στο πλαίσιο της ίδιας ομάδας<sup>118</sup>.

Η υγεία και η ασθένεια είναι κοινωνικά δομημένες αρχές, οι οποίες ορίζονται και τυποποιούνται από κάθε πολιτισμό. Η κοινότητα των Ρομ και ειδικότερα οι γυναίκες τσιγγάνες παρουσιάζουν μια σειρά από πολιτισμικά στοιχεία που προσδιορίζουν τη στάση τους και τη συμπεριφορά τους σε σχέση με την υγεία, την ασθένεια, καθώς και τη σχέση τους με το σύστημα δημοσίας υγείας.

Μεγάλο ποσοστό των γυναικών τσιγγάνων αντιλαμβάνεται την υγεία ως απουσία της ασθένειας και την ασθένεια ως καταστροφικό φαινόμενο που σχετίζεται με το θάνατο<sup>119</sup>.

Η φροντίδα για την υγεία είναι καθήκον των γυναικών τσιγγάνων και επομένως η υγεία των γυναικών βρίσκεται συνήθως στο τέλος της λίστας των προτεραιοτήτων τους. Ερώτημα παραμένει ποιος φροντίζει το φροντιστή; Οι επόμενες συνέπειες ενδεχομένως να απορρέουν απ' αυτή την κατάσταση:

– Η εξωτερική βοήθεια καθώς και η φροντίδα των γυναικών στο σπίτι είναι συνήθως πολύ δύσκολο να είναι αποτελεσματικές. Πρώτον, επειδή τα σπίτια πρέπει να είναι καλά εξοπλισμένα και δεύτερον, επειδή είναι δύσκολο για τις γυναίκες να αναλάβουν τον ρόλο του «ασθενή» στο σπίτι τους.

– Στην περίπτωση ψυχικής διαταραχής, οι γυναίκες τείνουν να εγκαταλείπουν τη θεραπεία πρόωρα.

Οι Ρόμισες διατηρούν παραδοσιακά ορισμένες συνήθειες υγείας, παρά τις δύσκολες συνθήκες στις οποίες διαμένουν. Ένα παράδειγμα είναι η αρκετά διευρυμένη χρήση της χλωρίνης ως προϊόν απολύμανσης<sup>120</sup>.

---

<sup>118</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://ec.europa.eu/health/ph> [Πρόσβαση: 26 Μαΐου 2010]

<sup>119</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://ec.europa.eu/health/ph> [Πρόσβαση: 26 Μαΐου 2010]

<sup>120</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://ec.europa.eu/health/ph> [Πρόσβαση: 26 Μαΐου 2010]



Στην κοινότητα των Ρομ, οι γυναίκες τσιγγάνες χρησιμοποιούν ως μέθοδο φροντίδας υγείας την αυτοδιάγνωση. Η επαφή τους με νοσοκομειακούς φορείς γίνεται σε περιπτώσεις, όπου ο πόνος είναι αφόρητος. Συχνά οι Ρομ βιώνουν το διαχωρισμό και την άρνηση στην παροχή υπηρεσιών υγείας, γεγονός το οποίο αποτελεί παράγοντα δυσπιστίας. Το αρνητικό αυτό αντίκτυπο επηρεάζει πολύ περισσότερο τις γυναίκες Ρομ, οι οποίες είναι αυτές που έρχονται σε συχνότερη επαφή με τις υπηρεσίες υγείας<sup>121</sup>.

Η πρόληψη είναι ένα άγνωστο κομμάτι για τους Ρομ, ενώ η πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας, όπως ήδη έχει αναφερθεί, έχει πολλά εμπόδια.

#### **4.2. Αναπαραγωγή και σεξουαλική φροντίδα Υγείας – Υπηρεσίες.**

Ο ορισμός της αναπαραγωγής και σεξουαλικής υγείας αποτελεί μια κατάσταση απόλυτης φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας με σκοπό την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής και προσωπικών σχέσεων<sup>122</sup>.

Τα δικαιώματα του ανθρώπου είναι οικουμενικά και αλληλένδετα. Το ίδιο ισχύει και για τα σεξουαλικά δικαιώματα των γυναικών. Τα δικαιώματα αυτά περιλαμβάνουν το δικαίωμα των γυναικών να ελέγχουν τη σεξουαλικότητά τους, καθώς και την αναπαραγωγική τους υγεία. Τα δικαιώματα αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν από τον αριθμό των παιδιών που θέλει να αποκτήσει μια γυναίκα μέχρι και τη διαφορά ηλικίας που θα υπάρχει μεταξύ των παιδιών. Η προστασία των σεξουαλικών δικαιωμάτων είναι απαραίτητη για την αξιοπρέπεια και την ελευθερία των γυναικών. Η σεξουαλική δραστηριότητα είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής μιας γυναίκας, καθώς και η σεξουαλική απόλαυση. Η σεξουαλική ευεξία, η ελεύθερη επιλογή του συντρόφου, ο σεξουαλικός προσανατολισμός και οι σεξουαλικές προτιμήσεις είναι αναγνωρισμένα δικαιώματα κάθε γυναίκας και κάθε ανθρώπου γενικότερα. Παρόλα αυτά όμως, η αναπαραγωγή και η σεξουαλική ζωή προσδιορίζεται από πολιτιστικούς και θρησκευτικούς κώδικες με αποτέλεσμα να καταπατούνται όλα τα παραπάνω δικαιώματα που έχουν αναφερθεί<sup>123</sup>.

Σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα εξετάστηκαν για πρώτη φορά, περίπου τριάντα χρόνια πριν, όταν η διεθνής κοινότητα άρχισε να ανησυχεί για τη

---

<sup>121</sup> ΔΙΚΑΔΙ (2003) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.dikadi-rom.gr](http://www.dikadi-rom.gr) [Πρόσβαση 19 Ιανουαρίου 2010]

<sup>122</sup> Παγκόσμια Διάσκεψη για Γυναίκες. Πεκίνο, Κίνα 4-15 Σεπτεμβρίου 1995

<sup>123</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.womenlobby.org](http://www.womenlobby.org), [Πρόσβαση: 3 Μαΐου 2010]

σχέση μεταξύ δημογραφικής αύξησης και ανάπτυξης. Η Διεθνής Διάσκεψη για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (Τεχεράνη) ενέκρινε ότι: «Οι γονείς έχουν ένα βασικό ανθρώπινο δικαίωμα να καθορίζουν ελεύθερα και υπεύθυνα τον αριθμό και το ρυθμό γέννησης των παιδιών τους». Έξι χρόνια αργότερα, το Σχέδιο Δράσης της Παγκόσμιας Διάσκεψης του πληθυσμού (Βουκουρέστι) επιβεβαίωσε αυτό το δικαίωμα από την εφαρμογή της σε μια ευρύτερη έννοια με το "όλα τα ζευγάρια και τα άτομα". Το ψήφισμα (78) της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης θεωρεί την ύπαρξη "Υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού ως ένα βασικό ανθρώπινο δικαίωμα και για τους άνδρες και τις γυναίκες." Σε διεθνές επίπεδο, η Σύμβαση για την Εξάλειψη Κάθε Μορφής Διακρίσεων κατά των Γυναικών, η οποία τέθηκε σε ισχύ το 1981, είναι το πρώτο κείμενο που αναφέρει το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής σε σχέση με τον «οικογενειακό προγραμματισμό», τονίζοντας το γεγονός ότι το δικαίωμα αυτό ισχύει τόσο για τους άντρες όσο και για τις γυναίκες. Κατά τη διάρκεια της Διεθνούς Διάσκεψης για τον Πληθυσμό και την Ανάπτυξη (Κάιρο, 1994), αναφέρθηκε για πρώτη φορά, ότι: τα αναπαραγωγικά δικαιώματα επεκτάθηκαν σε ορισμένα ανθρώπινα δικαιώματα που έχουν ήδη αναγνωριστεί στις εθνικές νομοθεσίες και άλλα σχετικά έγγραφα του Ο.Η.Ε. Παρά το γεγονός ότι τα αναπαραγωγικά δικαιώματα συνδέονται με τα σεξουαλικά δικαιώματα είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι ο όρος «σεξουαλικά δικαιώματα» έχει μεγαλύτερη εμβέλεια από τα δικαιώματα «αναπαραγωγής». Ο όρος "Σεξουαλικά δικαιώματα" δεν αναφέρεται ρητά στις διεθνείς συμφωνίες, αλλά τα κράτη που κατέθεσαν επιφυλάξεις για το Πρόγραμμα Δράσης της Διεθνούς Διάσκεψης για τον Πληθυσμό και την Ανάπτυξη στο Κάιρο και στο πρόγραμμα δράσης του Πεκίνου ζήτησαν να γίνει ρητή αναφορά σε αυτό. Το πρόγραμμα δράσης που υιοθέτησε η Διάσκεψη στο Πεκίνο το 1995 υπογραμμίζει την ανάγκη να διασφαλιστεί διεθνώς η παροχή κατάλληλης και ποιοτικής ιατρικής φροντίδας και υπηρεσιών υγείας στις γυναίκες (ενήλικες και μη). Τέλος, σχετικά πρόσφατα περιλήφθηκε σε προτεινόμενο ψήφισμα στην Κοινοβουλευτική Συνέλευση του Συμβουλίου της Ευρώπης, η συμμετοχή των ανδρών και των νεαρών γυναικών στην αναπαραγωγική υγεία (έγγραφο 9665, 22 Ιανουαρίου 2003)<sup>124</sup>.

Σύμφωνα με την έκθεση για την κατάσταση του παγκόσμιου πληθυσμού, που δόθηκε στη δημοσιότητα από το Ταμείο των Η.Ε. για τον Πληθυσμό (UNFPA), για

---

<sup>124</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.womenlobby.org](http://www.womenlobby.org), [Πρόσβαση: 3 Μαΐου 2010]

να ξεπεραστεί η φτώχεια, οι χώρες του κόσμου πρέπει να εξασφαλίσουν την αναπαραγωγική υγεία και τα δικαιώματα των γυναικών και να κατευθύνουν τις αναπτυξιακές τους προσπάθειες προς τους φτωχούς.

Η έκθεση δείχνει ότι οι ανεπαρκείς προσπάθειες παροχής υπηρεσιών αναπαραγωγικής υγείας και καταπολέμησης των ανισοτήτων μεταξύ των φύλων καταλήγουν σε υψηλή γεννητικότητα στις οικονομικά ασθενείς κοινωνίες, διαιωνίζοντας τη φτώχεια και την ανισότητα τόσο σε επίπεδο οικογενειών, όσο και σε επίπεδο εθνών<sup>125</sup>.

Κάτω από το πρίσμα αυτό, οι αναπαραγωγικές συμπεριφορές των Τσιγγάνων, ειδικότερα για τις πιο φτωχές απ' αυτούς ομάδες, παρουσιάζουν όλα εκείνα τα στοιχεία, που εδώ και δεκαετίες οι περισσότερες μελέτες για τη φτώχεια έχουν εντοπίσει σε πολλές περιθωριακές ομάδες και όπου η φυσική αναπαραγωγή σχετίζεται άμεσα ή έμμεσα με το βιοπορισμό της οικογένειας και τη μελλοντική αναπαραγωγή<sup>126</sup>.

Αν και κάποια στοιχεία δείχνουν τα υψηλά επίπεδα κινδύνου από τον ιό Η.Ι.Υ. μεταξύ του πληθυσμού των τσιγγάνων, ο περισσότερος πληθυσμός αγνοεί τις επιπτώσεις του. Οι άνδρες έχουν μεγάλη σεξουαλική ελευθερία πριν από το γάμο αλλά και κατά τη διάρκεια αυτού. Αντίθετα, οι γυναίκες αναμένεται να διατηρήσουν την παρθενία πριν από το γάμο και έπειτα τη σεξουαλική αποκλειστικότητα στους συζύγους τους. Η χρήση προφυλακτικών δεν είναι κανονιστική και θεωρείται κυρίως ως μορφή αντισύλληψης. Λόγω των δύσκολων κοινωνικοοικονομικών περιστάσεων υπό τις οποίες ζουν, οι τσιγγάνοι εκτίθενται στους κινδύνους σχετικούς με την ηπατίτιδα Β και Γ, όπως επίσης και με τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες. Οι εκθέσεις δείχνουν ότι όλο και περισσότεροι τσιγγάνοι προσβάλλονται από τον ιό του Α.Ι.Δ.Σ.<sup>127</sup>.

Γενικά διαπιστώνεται ότι, οι άνδρες και οι γυναίκες των Ρομ γνωρίζουν την ύπαρξη των σεξουαλικών νοσημάτων, αλλά αποφεύγουν συστηματικά την τήρηση προφύλαξης, καθώς θεωρούν ότι η μητρότητα είναι αυτή που θα εξασφαλίσει την συνέχεια της φυλής τους. Αποδέχονται το γυναικολογικό έλεγχο, τον οποίο κάποιες τον εφαρμόζουν, αλλά πάλι διατηρούν μια διακριτή απόσταση από οποιονδήποτε

<sup>125</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://www.unfpa.org> [Πρόσβαση: 6 Μαΐου 2010]

<sup>126</sup> Αθανασίου, Α. (2004)

<sup>127</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://health.in.gr>

ιατρικό έλεγχο. Έτσι, με αυτήν την αποστασιοποίηση από την ιατρική εποπτεία, εκτίθενται σε σημαντικό βαθμό σε αρρώστιες και νοσήματα επειδή δεν συμμετέχουν καν σε Αγωγή και Προγράμματα σεξουαλικής υγείας<sup>128</sup>.

Στην αναπαραγωγή και σεξουαλική τους υγεία υπάρχει μεγάλη κατάχρηση κι αυτό οφείλεται σε όλες τις άμεσες και έμμεσες διακρίσεις που δέχονται. Η έλλειψη ενημέρωσης και πρόσβασης στη χρήση αντισυλληπτικών και άλλων μεθόδων αντισύλληψης οδηγούν σε εφηβικές εγκυμοσύνες, οι οποίες τις περισσότερες φορές είναι ανεπιθύμητες. Επίσης, συχνά αντιμετωπίζουν το κίνδυνο των αμβλώσεων, ενώ πολύ υψηλά είναι και τα επίπεδα των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Το κύριο μέσο αντισύλληψης και αυτό που γίνεται περισσότερο αντιληπτό είναι το προφυλακτικό. Το ποσοστό των κυήσεων είναι πολύ υψηλό, όπως και τα ποσοστά εκτρώσεων, ενώ η υπερβολικά μικρή μέση ηλικία της πρώτης εγκυμοσύνης στις γυναίκες Ρομ, τις εκθέτει σε μεγάλους κινδύνους<sup>129</sup>.

Η σχέση μεταξύ αναπαραγωγής και σεξουαλικής πράξης που είναι ένα θέμα ταμπού ειδικά για τις γυναίκες, σημαίνει πως η παρακολούθηση και οι προληπτικές δράσεις σχετικά με τα γυναικολογικά θέματα, περιορίζονται στην εγκυμοσύνη και τη γέννα. Οι ακόλουθες απόψεις θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν<sup>130</sup>:

- **Οικογενειακός Προγραμματισμός**: εξαρτάται από τους πολιτιστικούς παράγοντες όπως η επιθυμία τους να έχουν μεγάλη οικογένεια για να εξασφαλιστεί η επιβίωση της ομάδας, το γόητρο και η κοινωνική κατάσταση που αποκτούν οι γυναίκες Ρομ όταν κάνουν παιδιά, ειδικά στην περίπτωση των αγοριών. Ενώ οι γυναίκες Ρομ γνωρίζουν την ύπαρξη διαφόρων μεθόδων γεννητικού ελέγχου, πολλές τις αποφεύγουν λόγω των προσδοκιών που η κοινότητά τους έχει απ' αυτές: να γίνουν μητέρες. Είναι επίσης αλήθεια, πως οι μικρότερες γενιές όλο και περισσότερο προγραμματίζουν τις εγκυμοσύνες τους.

- **Γυναικολογικοί έλεγχοι**: συνήθως καλύπτονται με μυστικοπάθεια και είναι αιτία αγωνίας και φόβου για τις γυναίκες Ρομ, λόγω έλλειψης ενημερότητας. Είναι σημαντικό:

– ο γυναικολόγος που κάνει τους ελέγχους να είναι γυναίκα

---

<sup>128</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://www.epha.org/a/3980> [Πρόσβαση: 19 Μαΐου 2010]

<sup>129</sup> Βλ. άνωθι

<sup>130</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://www.gitanos.org/publichealth/HealthGuide/Griego>

– να δοθεί ειδική φροντίδα στη σχέση ιατρού-ασθενή  
– να δημιουργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης και κατανόησης  
– να ληφθούν υπόψη οι πολιτισμικές απόψεις που σχετίζονται με τη σεξουαλική πράξη και την αναπαραγωγή.

• **Εμμηνόπαυση:** Παρόλο που η διαδικασία ανάπτυξης γίνεται όλο και περισσότερο γνωστή στις γυναίκες Ρομ, ακόμα υπάρχουν πολλές που δεν είναι ενημερωμένες και συχνά, δεν ερμηνεύουν σωστά τις αλλαγές που συντελούνται στο σώμα τους. Το αποτέλεσμα είναι μάλλον ακόμα πιο έντονο στην περίπτωση της ψυχολογικής διαταραχής που σχετίζεται με το ξεκίνημα των συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους<sup>131</sup>.

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2000 από το ΔΙΚΤΥΟ ROM, το 60% των γυναικών δήλωσαν ότι γνωρίζουν τι είναι το «ΤΕΣΤ ΠΑΠ» και οι μισές από αυτές έχουν κάνει τουλάχιστον μία φορά. Τη μαστογραφία γνωρίζει το 45% ενώ μόλις το 10% έχει κάνει την εξέταση αυτή. Όσον αφορά στους τοκετούς, το 60% έχει γεννήσει μέχρι 4 παιδιά και το 96% των γυναικών δηλώνει το νοσοκομείο ως τόπο τοκετού. Το 45% των γυναικών δηλώνουν ότι είχαν ιατρική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης από γιατρό νοσοκομείου, το 20% είχε ιδιώτη γιατρό και το 32% δεν είχε καμία παρακολούθηση. Ανάλογα ποσοστά εμφανίζονται και στη συχνότητα επισκέψεων στο γυναικολόγο:

- 34,5% δηλώνει μέχρι 3 επισκέψεις.
- 42,3% δηλώνει 4-9 επισκέψεις.
- 25% δηλώνει πάνω από 9 επισκέψεις.

Από τις γυναίκες αυτές το 17% δηλώνει το θάνατο ενός παιδιού. Το 21% δηλώνει θάνατο βρέφους από 0-12 μηνών και το 50% δηλώνει θάνατο παιδιού από 1-5 ετών. Σε όλες τις περιπτώσεις δεν υπάρχει σαφής εικόνα για τα αίτια του θανάτου. Τέλος, ενώ το 80% δεν επιθυμούν άλλα παιδιά, το 65% δεν λαμβάνει κάποιο μέτρο προφύλαξης. Το 7,5% χρησιμοποιεί χάπι ή σπιράλ, το 6% έχει υποβληθεί σε στείρωση και μόλις το 0,4% αναφέρει την έκτρωση σαν μέσο αντισύλληψης<sup>132</sup>.

---

<sup>131</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://www.gitanos.org/publichealth/HealthGuide/Griego>

<sup>132</sup> Μελέτη Διερεύνησης Κοινωνικών και Οικονομικών Αναγκών, φθινόπωρο 2000, Δίκτυο Ρομ, στα πλαίσια του Προγράμματος Multi-Roma-Action-Hellas, Άξονας Integra.

#### 4.3. Ενδοοικογενειακή βία – αντιμετώπιση στις γυναίκες τσιγγάνες.

Πολλές γυναίκες Ρομ αντιμετωπίζουν πρόσθετα εμπόδια στην άσκηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους, λόγω της φυλής, της εθνότητας, του πολιτισμού, της θρησκείας ή της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης που βρίσκονται.

Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της οργανωτικής επιτροπής για την ισότητα μεταξύ των γυναικών και των ανδρών καθορίζει τη βία ενάντια στις γυναίκες και τις συνέπειές της. Περιλαμβάνονται όλες οι μορφές εξαναγκασμού και μέσα εκφοβισμού, η τιμωρία, η υπονόμευση του αυτοσεβασμού ή της προσωπικότητας και της εξασθένησης των φυσικών ή διανοητικών ικανοτήτων.

Εξ' ορισμού, η βία έχει επιβλαβείς επιπτώσεις στην υγεία των γυναικών, επομένως παραβιάζεται το δικαίωμα στην απόλαυση των υψηλότερων εφικτών προτύπων φυσικής και πνευματικής υγείας. Συγκεκριμένα, η βία ασκεί άμεση αρνητική επίδραση σε διάφορα σημαντικά ζητήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένης της ασφαλούς μητρότητας, του οικογενειακού προγραμματισμού και της πρόληψης των Σ.Μ.Ν.(Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα) και του Α.Ι.Δ.Σ. Γενικότερα, η βία προκαλεί αρνητικές συνέπειες υγείας υπό τη μορφή φυσικών τραυματισμών, προβλημάτων πνευματικής υγείας, μοιραίων περιστατικών ή αυτοκτονιών<sup>133</sup>.

Για όλες τις γυναίκες, οι συνέπειες της βίας στην υγεία είναι απέραντες. Για τις γυναίκες Ρομ που αντιμετωπίζουν τα πολυάριθμα εμπόδια στην πρόσβαση της υγειονομικής περίθαλψης, της προστασίας από τις θεραπείες ενάντια στη βία, οι συνέπειες μπορούν να είναι ιδιαίτερα σοβαρές.

Οι πηγές βίας κατά των γυναικών Ρομ είναι σύνθετες, ποικίλλες μέσα στις κοινότητες όπου πραγματοποιείται. Ως αιτίες άσκησης βίας παρουσιάζονται οι συμπεριφορές που προκαλούν την αντίληψη για την αυθεντία των ανδρών Ρομ, την υποταγή και την θυσία των γυναικών για το σύντροφο και την οικογένειά τους.

Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στη σιωπή γύρω από τη βία ενάντια στις γυναίκες στις κοινότητες Ρομ, περιλαμβάνουν ένα χαμηλό επίπεδο της συνειδητοποίησης των δικαιωμάτων που συνδέονται με την ελευθερία από τη βία και την απουσία ενδυνάμωσης για να εφαρμόσουν αυτήν την γνώση. Αυτό είναι ιδιαίτερα πιθανό μεταξύ των γυναικών με χαμηλά επίπεδα παιδείας<sup>134</sup>.

<sup>133</sup> ΔΙΚΑΔΙ (2003) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.dikadi-rom.gr](http://www.dikadi-rom.gr) [Πρόσβαση 19 Ιανουαρίου 2010]

<sup>134</sup> ΔΙΚΑΔΙ (2003) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.dikadi-rom.gr](http://www.dikadi-rom.gr) [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]

Επιπλέον, η ενδοοικογενειακή βία εμφανίζεται συχνότερα στις κοινωνικο-οικονομικά περιθωριοποιημένες οικογένειες, όπου οι άντρες θέλουν να αποδείξουν τον κοινωνικό ανδρισμό τους και τη δύναμή τους ως επικεφαλής της οικογένειας. Σύμφωνα με τις Ρομ γυναίκες είναι πραγματικά δύσκολο να μιλήσουν ανοιχτά για το θέμα αυτό και πολύ δύσκολο να αποδεδειχθούν τη βία εναντίον τους και πολλές φορές εις βάρος των παιδιών τους<sup>135</sup>.

Αποτρεπτικοί παράγοντες για την επιδίωξη βοήθειας στις γυναίκες που δέχονται βία είναι το ενδιαφέρον για τη συντήρηση της οικογένειας, της τιμής ή της διατήρησης των ομαλών σχέσεων μεταξύ της οικογένειας και της κοινότητας.

Στις κοινωνίες των Ρομ η οικογενειακή βία εξετάζεται από τα μέλη των κοινοτικών οικογενειακών μελών, των γειτόνων, των υπερηλίκων ή ενός κοινοτικού δικαστή. Η βοήθεια από τις δημόσιες αρχές επιδιώκεται σπάνια. Συγχρόνως, οργανώσεις που εργάζονται για αυτό το σκοπό λαμβάνουν μέτρα ενάντια στη βία που υφίστανται οι γυναίκες Ρομ<sup>136</sup>.

Παραδείγματος χάριν, η κοινότητα Σέφιλντ της Αγγλίας, σε συνεργασία με τους επισκέπτες υγείας για τους πρόσφυγες, έχει εκδώσει ένα φυλλάδιο για να εξηγήσει τα στοιχεία του πολιτισμού των τσιγγάνων, παρέχοντας έτσι πληροφορίες στο προσωπικό που βοηθούν τις γυναίκες και τα παιδιά που ζουν με εσωτερική βία. Το φυλλάδιο εξετάζει μερικές από τις δυσκολίες των γυναικών να αποχωρήσουν από τις στενές κοινότητες καθώς επίσης και τα προβλήματα που προκύπτουν στα καταφύγια μεταξύ των γυναικών προσφύγων και των υπόλοιπων γυναικών<sup>137</sup>.

Οποιοσδήποτε προσπάθειες της κοινωνίας των πολιτών και να γίνονται, το κράτος έχει την κύρια ευθύνη να αποτρέψει τις παραβιάσεις των δικαιωμάτων, να ερευνήσει και να τιμωρήσει τις πράξεις βίας. Οι υπηρεσίες υποστήριξης, οι ειδικά εκπαιδευμένοι εργαζόμενοι στον ιατρικό κλάδο, η αποκατάσταση και η παροχή συμβουλών πρέπει να καθιερωθούν και να διατηρηθούν, με ιδιαίτερη προσοχή στις πολιτιστικές ευαισθησίες και τη δυνατότητα πρόσβασης για τις γυναίκες Ρομ στις απομονωμένες και αγροτικές κοινότητες. Στη Σλοβενία τα καταφύγια έχουν αρνηθεί σύμφωνα με τις υπάρχουσες πληροφορίες την είσοδο στις γυναίκες Ρομ από το φόβο των συγκρούσεων, λόγω των διαφορετικών προσεγγίσεων στην υγιεινή τους.

---

<sup>135</sup> Koczé A.(χ.χ.) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.penelopes.org/Anglais/xarticle.php?id\\_article=713](http://www.penelopes.org/Anglais/xarticle.php?id_article=713)  
[Πρόσβαση: 17 Νοεμβρίου 2010]

<sup>136</sup> ΔΙΚΑΔΙ (2003) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.dikadi-rom.gr](http://www.dikadi-rom.gr) [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]

<sup>137</sup> Βλέπε άνωθι.

Για να καταπολεμηθεί η οικογενειακή βία πρέπει επίσης να συντονιστεί με την οικονομική ενδυνάμωση των προγραμμάτων. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, ειδικά μέτρα μπορούν να είναι υποστηρικτικά προς τους τσιγγάνους, τους πρόσφυγες και τα παιδιά που ζουν με εσωτερική βία.

Για τις γυναίκες Ρομ που δεν επιδιώκουν τη βοήθεια των αρχών, οι εργαζόμενοι στον ιατρικό κλάδο μπορούν να είναι το μόνο σημείο επαφής με τις δημόσιες υπηρεσίες που μπορούν να προσφέρουν υποστήριξη. Πρέπει επομένως να καθιερώσουν τις επαφές με τις κυβερνητικές αντιπροσωπείες και τις Μ.Κ.Ο.(Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις) που προσφέρουν την υποστήριξη, την παροχή συμβουλών και τη δικαστική αρωγή κατά τρόπο ευαίσθητο στις ανάγκες των γυναικών Ρομ<sup>138</sup>.

#### **4.4. Ψυχική υγεία γυναικών τσιγγάνων.**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ψυχική υγεία ορίζεται ως η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα. Παράλληλα, σύμφωνα με την έκθεση της Joint Commission on Mental Illness and Health, η Marie Jahoda, ορίζει την ψυχική υγεία σαν μια κατάσταση που περιλαμβάνει τα εξής χαρακτηριστικά: 1. Την επίγνωση της προσωπικής ταυτότητας του ατόμου, 2. την αυτοδυναμία του ατόμου, 3. τη δυνατότητα αντίστασης στο στρες, 4. τη δυνατότητα του ατόμου να είναι ανεξάρτητο από τις κοινωνικές επιρροές, 5. την ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον, 6. την ικανότητα του ατόμου να αγαπά, να εργάζεται, να ψυχαγωγείται και 7. τη δυνατότητα να επιλύει τυχόν προβλήματα που παρουσιάζονται<sup>139</sup>.

Μεγάλο είναι το ερευνητικό ενδιαφέρον για την ψυχική υγεία των γυναικών, καθώς η μελέτη του φύλου αποτελεί μια συγκριτική διαδικασία, κατά την οποία ερευνάται η σχέση μεταξύ ανδρών και γυναικών με την ψυχιατρική. Στα πλαίσια συλλογής στοιχείων σχετικά με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, εμφανές είναι ότι περισσότερες είναι οι γυναίκες που εμφανίζονται ως ψυχικά ασθενείς<sup>140</sup>.

---

<sup>138</sup> Βλέπε άνωθι.

<sup>139</sup> Μαδιανός, Μ. (1989:31)

<sup>140</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://entosfylou.wordpress.com>



Ο Gove (1984) και οι συνεργάτες του (Gove and Geerken, 1977), προκειμένου να εξηγήσουν τους λόγους που οι γυναίκες βιώνουν μεγαλύτερο στρες από τους άνδρες, εξετάζουν τον κοινωνικό τους ρόλο. Αρχικά, η έλλειψη μια συγκεκριμένης δομής στους γυναικείους ρόλους κάνει τις ίδιες να παρουσιάζονται πιο ευάλωτες στις ψυχικές διαταραχές συγκριτικά με τους άνδρες και δεύτερον, οι γυναίκες που έχουν αναλάβει ρόλους φροντίδας, έχουν πιο επιβαρημένη ψυχική υγεία. Η υπόθεση ότι η έλλειψη ιδιωτικού χώρου που σχετίζεται με αυτόν τον ρόλο μπορεί να δρα και ως αιτιολογικός παράγοντας, είναι υπαρκτή<sup>141</sup>.

Ειδικότερα, ο πληθυσμός των Ρομ δεν αποδίδει μεγάλη βαρύτητα στην ψυχική υγεία. Μία από τις αιτίες είναι η συμβολική έννοια της ψυχικής ασθένειας ως κάτι «διαβολικό ή υπερφυσικό» και η θεραπεία εμπιστεύεται στο παραδοσιακό ιατρικό μοντέλο<sup>142</sup>.

Ωστόσο, τελευταία, ένας μεγάλος αριθμός Ρομ, και ειδικά γυναίκες, παρακολουθούνται από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Γενικά, όσον αφορά στις γυναίκες, τα προβλήματά τους είναι άμεσα συνδεδεμένα με τον ρόλο που τους έχει ανατεθεί. Γι' αυτό και δεν είναι ασύνηθες να παρατηρούνται κάποιες καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από συμπτώματα άγχους, ανησυχίας, κατάθλιψης κλπ. που προκύπτουν λόγω υπερφόρτωσης και υποχρεώσεων εντός και εκτός σπιτιού<sup>143</sup>.

Σε πολλές από τις κοινότητες των Ρομ που βασίστηκε η μελέτη *Breaking the barriers- Romani women and access to public health care*<sup>144</sup>, οι γυναίκες Ρομ μίλησαν για τις οικονομικές τους ανησυχίες, για την ευθύνη να φροντίζουν οι ίδιες την οικογένειά τους, για τις σχέσεις τους με τους συντρόφους τους αλλά και για την αλληλεπίδρασή τους με τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Μεταξύ των Ρομ έχει διαπιστωθεί ότι 21% των γυναικών και 12% των ανδρών πάσχουν από νευρο-ψυχικές ασθένειες. Στην περίπτωση των ανδρών Ρομ, η χρήση

---

<sup>141</sup> Piligram D. και Rogers A.(2004)

<sup>142</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://ec.europa.eu/health/ph> [Πρόσβαση: 26 Μαΐου 2010]

<sup>143</sup> Βλέπε άνωθι

<sup>144</sup> ΔΙΚΑΔΙ (2003) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.dikadi-rom.gr](http://www.dikadi-rom.gr) [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]

των υπηρεσιών ψυχικής υγείας γενικά περιορίζεται στην απεξάρτηση από τη χρήση ουσιών<sup>145</sup>.

Η πρόσβαση στην ψυχιατρική υγειονομική περίθαλψη αποτελεί βασικό δικαίωμα για την υγεία των Ρομ. Η πρόσβαση στις μονάδες ιατρικών παροχών σε περίπτωση ψυχικής ασθένειας περιλαμβάνει και την κατάλληλη θεραπεία. Ανάμεσα στις υποχρεώσεις των κρατικών κομμάτων είναι η εξασφάλιση της κατάλληλης κατάρτισης των ιατρών καθώς και του υπόλοιπου προσωπικού, η ύπαρξη κατάλληλων εγκαταστάσεων, η υποστήριξη οργανώσεων που παρέχουν συμβουλευτική και υπηρεσίες σχετικές με την ψυχική υγεία<sup>146</sup>.

Τέλος, θα πρέπει να υπογραμμιστεί η σημασία της βελτίωσης της πληροφόρησης για την ανάγκη φροντίδας της ψυχολογικής πλευράς της υγείας των Ρομ, καθώς και της ύπαρξης και της χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας<sup>147</sup>.

#### **4.5. Η ενημέρωση των τσιγγάνων γυναικών σε θέματα πρόληψης υγείας.**

Τα εμπόδια στην πληροφόρηση σε θέματα σχετικά με την πρόσβαση στην υγεία που μπορεί να αντιμετωπίσουν οι γυναίκες Ρομ προκύπτουν από την άγνοια των κυβερνητικών οργάνων και των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ως προς τις ανάγκες τους.

Ειδικότερα οι γυναίκες Ρομ, που δεν έχουν την δυνατότητα να ξεφύγουν από τις παραδόσεις αναγκάζονται να παραμελήσουν την υγεία τους. Απαιτείται έτσι, οι ανάγκες και η κατάσταση της υγείας τους να απεικονίζονται στις εκάστοτε πολιτικές υγείας<sup>148</sup>. Από την άλλη πλευρά, όλο και περισσότερες γυναίκες διακόπτουν την παράδοση της αποκλειστικής αφοσίωσης στο σπίτι και στα παιδιά και βγαίνουν στην αγορά εργασίας ή συμμετέχουν σε εκπαιδευτικά σεμινάρια. Πολλές γυναίκες Ρομ συμμετέχουν σε επιμορφωτικά και κοινωνικά προγράμματα, καθώς και σε προγράμματα υγείας, καθώς είναι περισσότερο ανοιχτές σε αλλαγές, ειδικά όταν πρόκειται για ζητήματα υγείας.

---

<sup>145</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://ec.europa.eu/health/ph> [Πρόσβαση: 27 Μαΐου 2010]

<sup>146</sup> ΔΙΚΑΔΙ (2003) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.dikadi-rom.gr](http://www.dikadi-rom.gr) [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]

<sup>147</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://ec.europa.eu/health/ph> [Πρόσβαση: 6 Ιουνίου 2010]

<sup>148</sup> ΔΙΚΑΔΙ (2003) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.dikadi-rom.gr](http://www.dikadi-rom.gr) [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]

Επιπλέον, η προληπτική ιατρική αποκτά σημασία για την κοινότητα των Ρομ τα τελευταία χρόνια μέσω ποικίλων προγραμμάτων και δράσεων ενημέρωσης που υλοποιούνται, όσο και από θεσμικούς και κοινωνικούς φορείς σε πανελλαδική κλίμακα. Ωστόσο, λόγω των συχνών μετακινήσεων ομάδων του εν λόγω πληθυσμού, των νομικών κωλυμάτων, του χαμηλού επιπέδου μόρφωσης κ.ά. γίνεται χρήση των υπηρεσιών υγείας, πολλές φορές μεταγενέστερα της εκδήλωσης ιατρικών συμπτωμάτων. Μεταξύ των λόγων μη-έγκαιρης ιατρικής επίσκεψης στο νοσοκομείο περιλαμβάνεται και η γεωγραφική απόσταση, που μόνο το 25% ειδοποιεί ασθενοφόρο του Ε.Κ.Α.Β. στην περίπτωση που δεν έχει πρόσφορο μέσο μεταφοράς (Ι.Χ.), ενώ το 50% απευθύνεται σε ιδιώτη ιατρό, πλησίον του τόπου κατοικίας του<sup>149</sup>.

Πάρα ταύτα, η συστηματική διάκριση, η ταπεινωτική μεταχείριση και οι δυσκολίες στην πρόσβαση ενός οικογενειακού γιατρού μπορούν σε συνδυασμό με τους διάφορους κοινωνικο-πολιτιστικούς και ψυχολογικούς παράγοντες να αποθαρρύνουν τις γυναίκες Ρομ να δώσουν προσοχή στην υγεία τους.

Συνεπώς η υγεία δεν γίνεται αντιληπτή ως ανάγκη προτεραιότητας καθώς:

- **Η ανησυχία ξεκινάει όταν εμφανίζονται συμπτώματα που προκαλούν τρόμο.**
- **Η υγεία είναι αντιληπτή ως απουσία της ασθένειας και η ασθένεια ως καταστροφική κατάσταση που σχετίζεται με τον θάνατο.**
- **Η διάγνωση είναι «ετικέτα στην οδύνη κάποιου ανθρώπου».**
- **Πολύ μικρή ενημερότητα για την πρόληψη.**

Παρόλο που η διαδικασία ανάπτυξης γίνεται όλο και περισσότερο γνωστή στις γυναίκες Ρομ, ακόμα υπάρχουν πολλές που δεν είναι ενημερωμένες και συχνά, δεν ερμηνεύουν σωστά τις αλλαγές που συντελούνται στο σώμα τους. Το αποτέλεσμα είναι μάλλον ακόμα πιο έντονο στην περίπτωση της ψυχολογικής διαταραχής που σχετίζεται με το ξεκίνημα των συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους.

- Αμεσότητα και ανάγκη για όσο το δυνατό γρηγορότερη θεραπεία.
- Επικράτηση παραδοσιακών υγειονομικών συνηθειών (π.χ. χρήση της χλωρίνης)
- Οι παραδοσιακοί κανόνες συχνά λειτουργούν ως προληπτικοί παράγοντες.

---

<sup>149</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://mighealth.net/el/index.php/Ρομά> [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]

➤ Οι γυναίκες είναι επιφορτισμένες με τη φροντίδα για την υγεία των μελών της οικογένειας.

Ο γιατρός είναι μια αμφιλεγόμενη μορφή: Από τη μια, αυτός κατέχει τη γνώση να θεραπεύσει την ασθένεια, από την άλλη, αυτός ευθύνεται επίσης για τη διάγνωση και την ανακάλυψη της ασθένειας<sup>150</sup>.

Πολλές γυναίκες αποδέχονται την κακή υγεία ως μέρος τη ζωής τους, αγνοώντας συχνά τα συμπτώματα καθώς στον πολιτισμό τους μια γυναίκα αναμένεται να τα υπομείνει, επειδή οι προκαταλήψεις και οι μύθοι τους έχουν οδηγήσει στο να θεωρούν ότι τα προβλήματα υγείας τους προέρχονται από κάποιο είδος απρόσιτης συμπεριφοράς από τη μεριά τους<sup>151</sup>.

Έτσι πολλές γυναίκες δεν δίνουν προτεραιότητα στην προληπτική ιατρική και θεωρούν τις υγειονομικές υπηρεσίες μη εφαρμόσιμες ή μη διαθέσιμες σε αυτές. Πάραυτα, πολλές είναι οι γυναίκες Ρομ που έχουν ανάγκη την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, λόγω των κακών συνθηκών διαβίωσης και της γενικότερης κακής κατάστασης της υγείας τους<sup>152</sup>.

Οι κυβερνήσεις αναγνωρίζουν όλο και περισσότερο τη σχέση μεταξύ της φτωχής κατάστασης συνθηκών διαβίωσης και της υγείας. Πολλές είναι οι μη κυβερνητικές οργανώσεις που έχουν επιδιώξει να βελτιώσουν την προληπτική φροντίδα των γυναικών Ρομ. Πολλά από τα μέτρα που λαμβάνουν ενδυναμώνουν την αντίληψη ότι προτεραιότητα πρέπει να δοθεί στην υγεία των γυναικών παράλληλα με τις οικογένειές τους<sup>153</sup>.

Παράδειγμα είναι ένα πρόγραμμα που εφαρμόζεται από Asociaci3n Secretariado Gitano<sup>154</sup> στη Μαδρίτη, και ενθαρρύνει τις γυναίκες Ρομ να σκεφτούν όχι μόνο την πρόληψη υγείας, αλλά και να προσδιορίσουν προσωπικές ανάγκες. Στην περιοχή του Ζεφυρίου, η οργάνωση Κλίμακα παρέχει γυναικολογική ιατρική

---

<sup>150</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://ec.europa.eu/health/ph> [Πρόσβαση 8 Ιουνίου 2010]

<sup>151</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://mighealth.net/el/index.php/Ρόμα> [Πρόσβαση 8 Ιουνίου 2010]

<sup>152</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://mighealth.net/el/index.php/Ρόμα> [Πρόσβαση: 8 Ιουνίου 2010]

<sup>153</sup> ΔΙΚΑΔΙ (2003) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.dikadi-rom.gr](http://www.dikadi-rom.gr) [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]

<sup>154</sup> Για το θέμα βλέπε σχετικά: [www.gitanos.org](http://www.gitanos.org) [Πρόσβαση: 20 Ιουνίου Μαΐου 2010]

εκμεταλλεϋόμενη του ενδιαφέροντος των μητέρων για την υγεία των παιδιών τους<sup>155</sup>.

---

<sup>155</sup> ΔΙΚΑΔΙ (2003) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.dikadi-rom.gr](http://www.dikadi-rom.gr) [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]

## **Β΄ ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

#### **ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

##### **5.1. Σκοπός της μελέτης**

Ο βασικός σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθεί όσο το δυνατόν καλύτερα η πρόσβαση που έχουν οι Τσιγγάνες γυναίκες του καταυλισμού Τσιγγάνων Ν. Αλικαρνασσού στην Υγεία, αν υπάρχουν δυσκολίες στην πρόσβασή τους και αν ναι ποιες είναι αυτές, την ενημέρωση που έχουν σε θέματα υγείας και πρόληψης, καθώς και τη γνώση των δικαιωμάτων τους στο ιατροφαρμακευτικό σύστημα.

Επίσης, αν με την πρόσβαση των Τσιγγάνων γυναικών στο σύστημα της υγείας, τους δίνεται η απαραίτητη στήριξη και διευκόλυνση για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους και αν η προσέγγισή τους γίνεται με τέτοιο τρόπο που να τους δίνει τη δυνατότητα να εμπιστευτούν και να συνεργαστούν με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, με στόχο την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν.

##### **Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι:**

- Εκτίμηση των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες τσιγγάνες
- Οι γνώσεις που έχουν οι γυναίκες του καταυλισμού για θέματα υγείας, πρόληψης και αντιμετώπισης, καθώς και τα δικαιώματα που έχουν στην πρόσβασή τους στην υγεία
- Οι παρεχόμενες υπηρεσίες, προγράμματα και δομές για την κάλυψη των αναγκών τους,
- Προτάσεις για την κάλυψη των αναγκών που προκύπτουν.

### **5.1.2. Ερευνητικά ερωτήματα**

1. Ποια είναι τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι Τσιγγάνες γυναίκες;
2. Οι συνθήκες διαβίωσης των Τσιγγάνων γυναικών του καταυλισμού Νέας Αλικαρνασσού επηρεάζουν την υγεία τους και αν ναι πόσο ή με ποιο τρόπο;
3. Ποιός είναι ο βαθμός συσχέτισης του εκπαιδευτικού επιπέδου των Τσιγγάνων γυναικών του καταυλισμού Νέας Αλικαρνασσού με την υγεία;
4. Πόσο επηρεάζει η διατροφή των Τσιγγάνων γυναικών του καταυλισμού Νέας Αλικαρνασσού την υγεία;
5. Υπάρχει διαφορά στο επίπεδο υγείας των Τσιγγάνων γυναικών του καταυλισμού (Χαλκιδαίοι και Πελοποννήσιοι);
6. Αντιμετωπίζουν προβλήματα στην πρόσβασή τους στην υγεία και αν ναι ποια είναι αυτά;

### **5.2. Μεθοδολογία έρευνας**

Η πραγματοποίηση αυτής της μελέτης πραγματοποιήθηκε βασισμένη στους κανόνες και τις αρχές της ποσοτικής έρευνας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο φυσικό περιβάλλον των υποκειμένων του καταυλισμού της Νέας Αλικαρνασσού. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια των ερευνητριών, λόγω του αναλφαβητισμού που βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο, ενώ οι ερωτήσεις περιελάμβαναν κάποιες προτεινόμενες απαντήσεις για τη βοήθεια των Τσιγγάνων γυναικών. Σημαντικό σημείο για τη συλλογή πληροφοριών αποτέλεσε και η παρατήρηση κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων.

#### **5.2.1 Πεδίο μελέτης –**

Η Νέα Αλικαρνασσός βρίσκεται σε μια σχετικά υποβαθμισμένη περιοχή ανάμεσα στο λιμάνι, το αεροδρόμιο και τη βιομηχανική περιοχή του Ηρακλείου. Εντός των διοικητικών ορίων του βρίσκεται και ο καταυλισμός των Τσιγγάνων. Ο καταυλισμός βρίσκεται ανάμεσα στην εθνική οδό και την βιομηχανική περιοχή, 500 μέτρα περίπου από το τελευταίο σπίτι του Δήμου. Ο καταυλισμός είναι ένας οικισμός παράγκας χωρίς νερό, χωρίς φως, χωρίς αποχέτευση, χωρίς συστηματική αποκομιδή

σκουπιδιών. Ο καταυλισμός δημιουργήθηκε το 1983, παρόλα αυτά όμως οι αρχές της Νέας Αλικαρνασσοῦ από το 1995 θεωρούν παράνομο τον καταυλισμό και κάνουν ότι μπορούν για να τον διώξουν από την περιοχή.

### **5.2.2 Δειγματοληψία**

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από Τσιγγάνες γυναίκες, οι οποίες πληρούν τα εξής κριτήρια επιλογής: η ηλικία τους είναι 14 – 62 ετών και διαμένουν μόνιμα στον καταυλισμό της Νέας Αλικαρνασσοῦ στο Ηράκλειο. Ο αριθμός των γυναικών που διαμένουν στον καταυλισμό και πληρούν τα παραπάνω κριτήρια είναι 112, ενώ ερωτήθηκαν μόνο 90. Ο λόγος που δεν συμμετείχαν όλες οι γυναίκες στην έρευνα είναι ότι κάποιες αρνήθηκαν να συμμετάσχουν λόγω καχυποψίας, ενώ οι υπόλοιπες βρίσκονταν εκτός καταυλισμού, καθώς οι μετακινήσεις είναι συχνό φαινόμενο στους Ρομ.

Το δείγμα προέρχεται από τον καταυλισμό της Νέας Αλικαρνασσοῦ. Επειδή ο σκοπός της έρευνας είναι να μελετήσει την υγεία των Τσιγγάνων γυναικών στον καταυλισμό της Νέας Αλικαρνασσοῦ, το δείγμα θεωρείται αντιπροσωπευτικό, καθώς συμμετείχε το μεγαλύτερο μέρος των γυναικών (90 από τις 112), οι οποίες πληρούσαν τα κριτήρια που είχαμε θέσει.

Επιπλέον, πρέπει να τονιστεί ότι στον καταυλισμό των Τσιγγάνων του δήμου Αλικαρνασσοῦ διαμένουν δύο ομάδες: το ένα μέρος αποτελείται από Τσιγγάνους που έχουν ένα υψηλότερο επίπεδο διαβίωσης και κατάγονται από τη Χαλκίδα και το δεύτερο μέρος το οποίο αποτελείται από Τσιγγάνους που έχουν χαμηλότερο επίπεδο διαβίωσης και είναι από την Πελοπόννησο. Βάσει των στατιστικών στοιχείων που έχουν δοθεί από το Ιατροκοινωνικό Κέντρο Ν. Αλικαρνασσοῦ και των στοιχείων της έρευνας και στα δύο μέρη του καταυλισμού διαμένουν σχεδόν ίσος αριθμός γυναικών. Αυτό το στοιχείο ενδυναμώνει το γεγονός ότι το δείγμα μας θεωρείται όσο το δυνατό πιο αντιπροσωπευτικό. Η μέθοδος της δειγματοληψίας που ακολουθήθηκε είναι αυτή της «πόρτα πόρτα».

### **5.2.3 Διαδικασία συμπλήρωσης ερωτηματολογίων**

Μια πρώτη επαφή με τις Τσιγγάνες γυναίκες του καταυλισμού της Νέας Αλικαρνασσοῦ πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας



που υλοποιήθηκε από τα στελέχη του Ιατροκοινωνικού Κέντρου Νέας Αλικαρνασσού στον καταυλισμό, καθώς και μια δεύτερη επαφή, η οποία επετεύχθη με την παρουσία των σπουδαστριών σε μια Τσιγγάνικη βάπτιση, μέσω της συνεργασίας τους με την κ. Οικονόμου. Με βάση αυτές τις πρώτες επαφές και τη συνεχή παρουσία των σπουδαστριών στον καταυλισμό επιδιώχθηκε να αναπτυχθεί μια σχέση επικοινωνίας, εμπιστοσύνης και συνεργασίας μεταξύ των ερευνητριών και των γυναικών του καταυλισμού.

Η έρευνα διεξήχθη με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τις ερευνήτριες σε συνεργασία με τις Τσιγγάνες γυναίκες και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι περισσότερες Τσιγγάνες γυναίκες δεν γνωρίζουν να διαβάζουν και να γράφουν. Το δείγμα ενημερώθηκε από τις τελειόφοιτες σπουδάστριες Κοινωνικής Εργασίας που εκπόνησαν την πτυχιακή εργασία για το σκοπό της έρευνας και εγγυήθηκαν στο δείγμα για την ανωνυμία και την ύπαρξη εμπιστευτικότητας. Παράλληλα, φρόντισαν να λάβουν τη συναίνεση των συμμετεχόντων, πριν από την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, εξασφαλίζοντας την εθελοντική συμμετοχή τους στην έρευνα.

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου περιελάμβαναν κάποιες προτεινόμενες απαντήσεις, από τις οποίες οι Τσιγγάνες γυναίκες όφειλαν υποχρεωτικά να επιλέξουν μεταξύ κάποιων από αυτών των απαντήσεων. Αυτός ο τύπος ερωτήσεων είναι εκείνος που προσφέρεται καλύτερα για μια στατιστική ανάλυση και ανίχνευση. Δεν αφήνονται περιθώρια διαφορούμενων απαντήσεων λόγω αντίδρασης του ερωτώμενου ατόμου. Οι ερωτώμενοι καλούνται να τοποθετήσουν τους εαυτούς τους σε μια κλίμακα κατασκευασμένη από πριν: «αυτοτοποθέτηση» από τους ίδιους τους ερωτώμενους. Ο τρόπος συλλογής των απαντήσεων έγινε με: **1. Διαδική επιλογή** (σε αυτή την περίπτωση οι ερωτώμενοι καλούνται να επιλέξουν μεταξύ δυο αντίθετων ως προς την έννοια απαντήσεων) **2. Πολλαπλή επιλογή** (οι ερωτώμενοι καλούνται να δώσουν τη γνώμη τους για κάθε πρόταση χρησιμοποιώντας μια σωρεία απαντήσεων σε κλειστού τύπου ερωτήσεις)<sup>156</sup>

#### **5.2.4 Ερευνητικό εργαλείο**

Ως μέσο έρευνας επιλέχθηκε το δομημένο ερωτηματολόγιο με προτεινόμενες απαντήσεις για τη βοήθεια των Τσιγγάνων γυναικών, εξαιτίας του γεγονότος ότι η

---

<sup>156</sup> Javeau, C., (2000)

πλειοψηφία τους είναι αναλφάβητες. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 54 ερωτήσεις και παραχωρήθηκε από την ΟίκοΚοινωνία (Πρωτοβουλία για την Κοινωνική Κατοικία και την Υποστήριξη της Κοινωνικής Ένταξης των Τσιγγάνων Πολιτών), η οποία είχε πραγματοποιήσει στο παρελθόν μια έρευνα για την καταγραφή της κατάστασης της υγείας και υγιεινής των κατοίκων των οικισμών του δήμου Δράμας, η οποία ήταν ενταγμένη σε ένα Σχέδιο Δράσης με θέμα την : «Αγωγή Υγείας των Γυναικών των Οικισμών Τσιγγάνων της Δράμας». Για τη δημιουργία του ερωτηματολογίου συνεργάστηκαν τα εξής μέλη της ΟικοΚοινωνίας: Μάρθα Μωραΐτου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Μαιευτικής, Αλεξάνδρειο Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης, Αλεξάνδρα Καλαϊτζάκη, Ψυχολόγος, και Ελεωνόρα Κυριαζοπούλου, Ειδικευόμενη ιατρός.

Οι ερευνήτριες προέβησαν σε κάποιες τροποποιήσεις, ώστε το ερωτηματολόγιο να ανταποκρίνεται πλήρως στις ανάγκες της έρευνας.

#### **ΘΕΜΑΤΙΚΕΣ ΕΝΟΤΗΤΕΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ**

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τις εξής ενότητες:

1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ – ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ
3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ
4. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
5. ΔΙΑΤΡΟΦΗ/ ΜΑΓΕΙΡΕΜΑ
6. ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ
7. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

#### **5.2.5 Στατιστική ανάλυση**

Η επεξεργασία και η ανάλυση των στοιχείων που συλλέχθηκαν, πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια στατιστικών μεθόδων (στατιστικό πακέτο S.P.S.S. έκδοση 17.0.) και στη συνέχεια ακολουθήθηκε η διαδικασία της ποσοτικής ανάλυσης. Με τον όρο ποσοτική ανάλυση, εννοούμε την κατάτμηση των στοιχείων σε

θεματικούς άξονες, καθώς και την παράλληλη ανάλυση των στοιχείων που προκύπτουν από τα στατιστικά δεδομένα<sup>157</sup>.

Για την οργάνωση, συνοπτική απεικόνιση και παρουσίαση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν πίνακες και γραφήματα<sup>158</sup>.

### **5.3 Εκτίμηση δυσκολιών κατά την πραγματοποίηση της έρευνας**

Κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνας δεν υπήρξαν ιδιαίτερες δυσκολίες. Οι γυναίκες ήταν πολύ φιλόξενες και ήταν πρόθυμες για συμμετοχή στην έρευνα. Ελάχιστες ήταν οι γυναίκες οι οποίες ήταν αρνητικές στην συμμετοχή τους και αυτό οφειλόταν στο γεγονός ότι δεν γνώριζαν ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο. Η δυσκολία αυτή ξεπεράστηκε με την προσέγγιση των γυναικών αυτών και την επισήμανση ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Επίσης, μια δυσκολία που παρουσιάστηκε ήταν ότι κάποιες από τις Τσιγγάνες βρίσκονταν εκτός καταυλισμού φαινόμενο πολύ συχνό καθώς οι Τσιγγάνοι μετακινούνται συχνά.

#### **5.3.1 Στάδια Εκπόνησης Εργασίας**

Η εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας συνολικά διήρκησε 15 μήνες. Ξεκίνησε τον Ιούλιο του 2009 και έληξε τον Οκτώβρη του 2010.

##### **1<sup>η</sup> ΦΑΣΗ: 7/2009 - 9/2009**

1. Συνάντηση με τον επιβλέπουσα καθηγήτρια.
2. Επιλογή θέματος.
3. Βιβλιογραφική αναζήτηση.
4. Αναζήτηση βιβλιογραφικού εργαλείου.
5. Συγγραφή αίτησης για την εκπόνηση της εργασίας.
6. Κατάθεση αιτήσεως.
7. Μελέτη βιβλιογραφίας

##### **2<sup>η</sup> ΦΑΣΗ: 11/2009 – 01/2010**

1. Συλλογή ερευνητικών δεδομένων.

---

<sup>157</sup> May, T., (1995)

<sup>158</sup> Γναδέλης, Χ., (2003)

2. Εισαγωγή δεδομένων στο στατιστικό πακέτο.

3. Επεξεργασία ερευνητικών δεδομένων

**3<sup>η</sup> ΦΑΣΗ: 01/2010 – 10/2010**

1. Συγγραφή πτυχιακής εργασίας.

2. Υποβολή εργασίας στην επιβλέπουσα καθηγήτρια.

3. Διορθώσεις.

4. Παρουσίαση της εργασίας

**5.4 Ηθικά ζητήματα**

Το ηθικό ζήτημα που προέκυψε είναι το εξής:

- η πραγματοποίηση μιας ακόμη έρευνας που θα κινητοποιήσει κρατικούς μηχανισμούς για τη βελτίωση της υγείας των Τσιγγάνων γυναικών του Δήμου Νέας Αλικαρνασσού.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

#### 6.1. Αποτελέσματα

##### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας «Οι γνώσεις και η προσβασιμότητα των Τσιγγάνων γυναικών του καταυλισμού της Νέας Αλικαρνασσού στις υπηρεσίες υγείας», έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον καταυλισμό της Νέας Αλικαρνασσού. Ακολουθεί η συζήτηση των αποτελεσμάτων και των συσχετίσεων και ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα και τις προτάσεις μας.

Τα δεδομένα της έρευνας που καταχωρούνται, χρησιμοποιούνται και παρουσιάζονται στο κεφάλαιο αυτό, είναι συνάρτηση των υποθετικών προτάσεων της παρούσας έρευνας.

#### 1. Κοινωνικό - δημογραφικά στοιχεία.

Στον Πίνακα 1. παρουσιάζονται τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων Τσιγγάνων γυναικών. Ύστερα από τη στατιστική ανάλυση των συγκεκριμένων δεδομένων προέκυψε ότι το σύνολο των ερωτηθέντων γυναικών είναι 90, με τη μικρότερη ηλικία να κυμαίνεται στα 14 έτη και τη μεγαλύτερη στα 62 έτη. Το 48,9% δηλαδή οι 44 γυναίκες ανήκουν στον πάνω καταυλισμό (Χαλκιδάιοι) και το 51,1 % δηλαδή οι 46 γυναίκες ανήκουν στον κάτω καταυλισμό (Πελοποννήσιοι).

**Πίνακας 1:** κοινωνικό δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων

Μεταβλητές	n	%
Ηλικία		
>=18	25	27,8
19-25	24	26,7
26-35	21	23,3
36+	20	22,2
Καταυλισμός		
Πάνω	44	48,9
Κάτω	46	51,1

## 2. Οικογενειακή κατάσταση

Στον πίνακα 2. παρουσιάζεται η οικογενειακή κατάσταση των γυναικών του καταυλισμού. Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση του δείγματος, το 43,3% δηλαδή οι 39 γυναίκες είναι έγγαμες με θρησκευτικό γάμο (Χαλκιδάιοι), όπως και το 43,3%, δηλαδή οι 39 γυναίκες είναι παντρεμένες με τον εθιμικό γάμο, το οποίο αναφέρεται ως «άλλο». Το 8,9% αποτελούσαν 8 γυναίκες, οι οποίες είναι άγαμες. Το 2,2% (2 γυναίκες) χήρες και το υπόλοιπο ποσοστό αναφέρει διάσταση και διαζύγιο. Στην ερώτηση αν έχουν παιδιά, το 78,2% (70 γυναίκες) δηλώνουν ότι έχουν παιδιά, ενώ το 22,2% (20 γυναίκες) δηλώνουν ότι είναι άτεκνες. Στην ερώτηση πόσα παιδιά έχουν το 20% δηλώνει ότι έχει 4 παιδιά, το 20% έχει 3 παιδιά, το 18,9% έχει 2, το 11,1 έχει 1 παιδί και το υπόλοιπο ποσοστό από 5 και άνω. Στην ερώτηση αν τα παιδιά τους φοιτούν στο σχολείο, το 57,8% (52 γυναίκες) δηλώνουν ότι τα παιδιά τους δεν φοιτούν στο σχολείο, ενώ το 21,1% (19 γυναίκες) δηλώνει ότι τα παιδιά τους φοιτούν στο σχολείο. Στο ερώτημα για τη σταθερότητα της διαμονής τους το 77,8% (70 γυναίκες) δηλώνουν μόνιμη διαμονή στον καταυλισμό της Νέας Αλικαρνασσού, προσωρινή διαμονή δηλώνει το 15,6% (14 γυναίκες) και συχνές μετακινήσεις δηλώνει το 6,7% (6 γυναίκες).

**Πίνακας 2:** οικογενειακή κατάσταση

μεταβλητές	n	%
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμη	8	8,9
Έγγαμη	39	43,3
Χήρα	2	2,2
Σε διάσταση	1	1,1
Διαζευγμένη	1	1,1
άλλο	39	43,3
Αριθμός παιδιών		
1	10	11,1
2	17	18,9
3	18	20
4	18	20
5	4	4,4
6	0	0
7	2	2,2
8	1	1,1

Παιδιά		
Ναι	70	77,8
Όχι	20	22,2
Σχολείο		
Ναι	19	21,1
όχι	52	57,8
Σταθερότητα διαμονής		
Μόνιμη διαμονή στην περιοχή	70	77,8
Προσωρινή διαμονή στη περιοχή	14	15,6
Συχνές μετακινήσεις	6	6,7

### 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο

Ο πίνακας 3. παρουσιάζει το εκπαιδευτικό επίπεδο των Τσιγγάνων γυναικών. Ύστερα από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων, προέκυψε ότι στο σύνολο των 90 ερωτηθέντων το 78,9% (71 γυναίκες) δηλώνουν ότι δεν γνωρίζουν καθόλου να γράφουν, το 14,4% (13 γυναίκες) δηλώνουν ότι γνωρίζουν να γράφουν λίγο, ενώ το 6,7% (6 γυναίκες) δηλώνουν ότι γνωρίζουν να γράφουν. Στην ερώτηση αν γνωρίζουν να διαβάζουν, οι 67 γυναίκες απαντούν ότι δεν γνωρίζουν να διαβάζουν καθόλου, οι 18 ότι γνωρίζουν ελάχιστα και οι 5 γυναίκες ότι γνωρίζουν ανάγνωση. Τα ποσοστά αντίστοιχα είναι 74,4%, 20% και 5,6%. Στο ερώτημα αν μιλάνε ρομανί 51% (46 γυναίκες) δηλώνουν ότι μιλάνε την ρομανί και το 48,9% (44 γυναίκες) απαντούν αρνητικά. Επίσης, στην ερώτηση αν μιλούν ελληνικά, η πλειοψηφία, δηλαδή το 98,9% (89 γυναίκες) δηλώνουν ότι μιλάει ελληνικά και μόλις το 1,1% (1 γυναίκα) απαντά ότι δεν μιλάει ελληνικά. Στην ερώτηση αν έχουν αποφοιτήσει από κάποια εκπαιδευτική βαθμίδα το 57,8% (52 γυναίκες) δηλώνει «άλλο», δηλαδή δεν έχει αποφοιτήσει σε τίποτα, το 26,7% (24 γυναίκες) δηλώνει ότι έχει παρακολουθήσει πρόγραμμα εκμάθησης ελληνικών, ενώ το 14,4% (13 γυναίκες) δηλώνει ότι είναι απόφοιτοι δημοτικού. Στην ερώτηση αν έχουν κάποιες ειδικές δεξιότητες, το 4,4% (4 γυναίκες) απαντά ότι ασχολείται με το κόσμημα, το 3,3% (3 γυναίκες) με το κέντημα. Με τη φωτογραφία και την εκμάθηση αντίστοιχα ελληνικών ασχολείται το 2,2% και με τις εικόνες, την ανάγνωση, το τραγούδι και τις δημιουργίες από χάντρες το 1,1%. Στην ερώτηση αν έχουν παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα υγείας το 71,1% (64 γυναίκες) αναφέρει ότι δεν έχει παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα, ενώ οι 26

γυναίκες, δηλαδή το 28,9% αναφέρει ότι έχει παρακολουθήσει. Στην ερώτηση, τί αντικείμενο είχε το πρόγραμμα που παρακολούθησαν το 7,8% (7 γυναίκες) δηλώνει ότι το πρόγραμμα είχε σχέση με τους εμβολιασμούς, το 6,7% (6 γυναίκες) αναφέρουν ως αντικείμενο τις γυναικολογικές εξετάσεις και τους εμβολιασμούς, το 5,6% (5 γυναίκες) ως αντικείμενο των προγραμμάτων αναφέρουν τα εγκαύματα. Ενώ, μόλις το 3,3% (3 γυναίκες) αντίστοιχα, δηλώνει ότι τα προγράμματα είχαν ως θέμα γυναικολογικές εξετάσεις, ιατρικούς ελέγχους και γενικά θέματα υγείας. Στην ερώτηση, ποιος ήταν ο φορέας υλοποίησης των προγραμμάτων οι 26 γυναίκες απάντησαν το Ιατροκοινωνικό Κέντρο Ηρακλείου, ενώ μόλις 2 γυναίκες ανέφεραν το ΠΑ.ΓΝΗ. Τα ποσοστά αντίστοιχα είναι 28,9% και 2,2%. Όσον αφορά στην ερώτηση πόση ήταν η διάρκεια των προγραμμάτων, οι 28 γυναίκες δηλώνουν σε ποσοστό 31,1% ότι η διάρκεια των προγραμμάτων ήταν η μία ημέρα. Στην ερώτηση αν βοηθήθηκαν από τα προγράμματα που παρακολούθησαν το 30% των γυναικών (27 γυναίκες) δηλώνουν ότι βοηθήθηκαν από το πρόγραμμα που παρακολούθησαν και μόλις το 2,2% (2 γυναίκες) δηλώνει ότι δεν βοηθήθηκε από το πρόγραμμα. Στην ερώτηση αν έχουν βοηθηθεί στις προληπτικές εξετάσεις το 16,7% (15 γυναίκες) δηλώνει ότι βοηθήθηκε, ενώ το 13,3% (12 γυναίκες) απαντούν αρνητικά. Στην ερώτηση αν βοηθήθηκαν στους εμβολιασμούς το 20% (18 γυναίκες) δηλώνει ότι βοηθήθηκε, ενώ το 10% (9 γυναίκες) δηλώνει ότι δεν βοηθήθηκε με την παρακολούθηση του προγράμματος. Στην ερώτηση αν βοηθήθηκαν σε θέματα που έχουν να κάνουν με τους γυναικολογικούς ελέγχους το 10% (9 γυναίκες) δηλώνει ότι βοηθήθηκε, ενώ το 18,9% (17 γυναίκες) δηλώνει ότι δεν βοηθήθηκε. Στην ερώτηση αν το πρόγραμμα τους βοήθησε προσφέροντας τους γενικές γνώσεις, το 15,6% (14 γυναίκες) δηλώνει ότι το πρόγραμμα τις βοήθησε και το 14,4% (13 γυναίκες) δηλώνει ότι δεν βοηθήθηκαν. Τέλος, στην ερώτηση αν το πρόγραμμα τους βοήθησε σε άλλους τομείς, οι 24 γυναίκες απάντησαν αρνητικά και μόλις οι 3 απάντησαν θετικά με αντίστοιχα ποσοστά 26,7% και 3,3%.

### **Πίνακας 3:** εκπαιδευτικό επίπεδο

μεταβλητές	n	%
Γραφή		
ναι	6	6,7
όχι	71	78,9
λίγο	13	14,4
Ανάγνωση		



Ναι	5	5,6
Όχι	67	74,4
λίγο	18	20
Ρομανί		
Ναι	46	51,1
Όχι	44	48,9
Ελληνικά		
Ναι	89	98,9
Όχι	1	1,1
Εκπαίδευση		
Δημοτικό	13	14,4
Γυμνάσιο	1	1,1
Προγράμματα εκμάθησης Ελληνικών	24	26,7
Άλλο	52	57,8
Ειδικές γνώσεις		
Δημιουργία από χάντρες	1	1,1
Εικόνες	1	1,1
Ελληνικά	2	2,2
Φωτογραφίες	2	2,2
Κέντημα	3	3,3
Κόσμημα	4	4,4
Ανάγνωση	1	1,1
Τραγούδι	1	1,1
Πρόγραμμα υγείας		
Ναι	26	28,9
Όχι	64	71,1
Αντικείμενο		
Αλλεργίες	1	1,1
Γυναικ. Εξετάσεις	3	3,3
Εγκαύματα	5	5,6
Εμβολιασμοί	7	7,8
Εμβολιασμοί/γυναικ. Εξετάσεις	6	6,7
Θέματα υγείας	3	3,3
Ιατρικός έλεγχος	3	3,3
Φορέας		
Ιατρο-κοινωνικό	26	28,9
Παγή	2	2,2
Διάρκεια		
Μία μέρα	28	31,1
Βοηθηθήκατε από το πρόγραμμα;		
Ναι	27	30
Όχι	2	2,2
Προληπτικές εξετάσεις		
Ναι	15	16,7
Όχι	12	13,3
Εμβολιασμοί		
Ναι	18	20
όχι	9	10
Γυναικολογικός έλεγχος		
Ναι	9	10

Όχι	17	18,9
Γενικές γνώσεις		
Ναι	14	15,6
Όχι	13	14,4
Άλλο		
Ναι	3	3,3
Όχι	24	26,7

#### 4. Κατάσταση υγείας

Στον πίνακα 4. παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την κατάσταση της υγείας των γυναικών. Τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης των συγκεκριμένων δεδομένων σχετικά με το αν υπάρχει βιβλιάριο υγείας, το 61,1 % δηλώνει ότι δεν έχει βιβλιάριο υγείας και το 38,9% δηλώνει ότι έχει. Στην ερώτηση ποιος είναι ο φορέας ασφάλισης το 30% δηλώνει βιβλιάριο Πρόνοιας, ενώ το 4,4% αντίστοιχα Ι.Κ.Α. και ΤΕ.ΒΕ. Στην ερώτηση αν έχουν εμβολιαστεί, το 53,3% δηλώνει ότι έχει εμβολιαστεί και το 46,7% δηλώνει ότι δεν έχει εμβολιαστεί. Το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει ότι έχει εμβολιαστεί στο νοσοκομείο δηλαδή το 17,8%. Το 14,4% δηλώνει ότι έχει εμβολιαστεί στο Ιατροκοινωνικό και το 13,3% στον καταυλισμό. Το 3,3% αντίστοιχα δηλώνουν ως τόπο εμβολιασμού το ιδιωτικό ιατρείο και το ΠΙΚΠΑ. Όσον αφορά στο αν έχει ολοκληρωθεί ο εμβολιασμός, το 25,6% δηλώνει ότι ο εμβολιασμός βρίσκεται σε εξέλιξη και το 16,7% απαντά ότι έχει ολοκληρώσει την διαδικασία του εμβολιασμού. Το 16,7% δηλώνει ότι ξεκίνησε τον εμβολιασμό όμως δεν ολοκλήρωσε τη διαδικασία και ο κυριότερος λόγος με ποσοστό 7,8% αναφέρεται η αμέλεια. Επίσης, το 43,3% δηλώνει ότι δεν ξεκίνησε τη διαδικασία του εμβολιασμού με κύρια αιτία την αμέλεια σε ποσοστό 36,7%.

Στην ερώτηση αν έχουν κάνει οδοντιατρικό έλεγχο, το 72,2% (65 γυναίκες) δηλώνει ότι δεν έχει προβεί σε οδοντιατρικό έλεγχο και μόλις το 27,8% (25 γυναίκες) αναφέρει ότι έχει προβεί σε κάποιον αντίστοιχο έλεγχο. Στην ερώτηση σε ποιο φορέα έγινε ο οδοντιατρικός έλεγχος το 12,2% αναφέρει ως φορέα το νοσοκομείο, το 7,8% κάποιο ιδιωτικό οδοντιατρείο, το 5,6% το Ιατροκοινωνικό και το υπόλοιπο ποσοστό αναφέρει ως φορέα το Ι.Κ.Α. και την Πρόνοια. Στην ερώτηση κάθε πότε πηγαίνουν στον οδοντίατρο το 32,2% αναφέρει ότι επισκέπτεται τον οδοντίατρο κάθε χρόνο και το 10% όταν πονάνε.

Στο ερώτημα αν αντιμετωπίζουν παθολογικά προβλήματα, το 34,4% δηλώνει ότι δεν έχει κάποιο παθολογικό πρόβλημα, σε αντίθεση με το 18,9% που απαντάει θετικά.

Στην ερώτηση αν υπάρχει κάποιο γυναικολογικό πρόβλημα υγείας, το 26,7% δηλώνει ότι δεν αντιμετωπίζει κάποιο γυναικολογικό πρόβλημα, ενώ αντίθετα το άλλο 26,7% απαντά ότι αντιμετωπίζει γυναικολογικά προβλήματα.

Στο ερώτημα αν υπάρχει κάποιο δερματολογικό πρόβλημα, το 40% δηλώνει ότι δεν αντιμετωπίζει κάποιο δερματολογικό πρόβλημα, ενώ το 12,2% απαντά θετικά.

Στην ερώτηση αν αντιμετωπίζουν κάποιο αλλεργικό πρόβλημα, το 37,8% δηλώνει ότι δεν έχει κάποιο αλλεργικό πρόβλημα, ενώ το 15,6% δηλώνει θετικά.

Στην ερώτηση αν υπάρχει κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας, το 35,6% δηλώνει ότι δεν αντιμετωπίζει τέτοιου είδους προβλήματα, ενώ το 17,8% απαντά ότι αντιμετωπίζει κάποια ψυχολογικά προβλήματα (άγχος, στενοχώρια, θλίψη, μοναξιά, φοβίες).

Τέλος, στην ερώτηση αν αντιμετωπίζουν οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα υγείας, το 83,3% δηλώνει ότι δεν αντιμετωπίζει κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας και το 16,7% απαντά θετικά.

Στο ερώτημα αν λαμβάνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή το 76,7% δηλώνει ότι δεν λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή σε αντίθεση με το 23,3%. Επίσης, το 72,2% δηλώνει ότι δεν λαμβάνει κάποια παλιά φαρμακευτική αγωγή σε αντίθεση με το 27,8% που δηλώνει ότι συνεχίζει να ακολουθεί παλαιότερη φαρμακευτική αγωγή.

Στην ερώτηση, πού πηγαίνουν όταν αρρωσταίνουν, το 76,7% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι πηγαίνουν στο Νοσοκομείο, ακολουθεί το Ιατροκοινωνικό Κέντρο με ποσοστό 25,6% και με 13,3% ο ιδιωτικός ιατρός, επίσης ένα ποσοστό της τάξεως του 4,4% δηλώνει ότι δεν απευθύνεται σε κάποια υπηρεσία υγείας.

Στο ερώτημα όταν υπάρχει κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας, το 74,4% του δείγματος απευθύνεται σε νοσοκομείο και το 10% σε ιδιώτη ιατρό.

Στο ερώτημα αν κατά την διάρκεια της κύησης λάμβαναν ιατρική παρακολούθηση, το 55,6% δηλώνει ότι παρακολουθείται από κάποιο ιατρικό φορέα, σε αντίθεση με το 27,8% που δηλώνει ότι δεν λαμβάνει κάποια παρακολούθηση. Στην ερώτηση ποιος είναι ο φορέας, ο οποίος απευθύνθηκαν για την παρακολούθηση το 43,3% αναφέρει ότι παρακολούθηθηκε από κάποιο νοσοκομειακό ιατρό, το 8,9% αναφέρει ότι παρακολουθείται από κάποιο ιδιώτη ιατρό, ενώ το 3,3% απευθύνεται στο Ι.Κ.Α. Στην ερώτηση πόσο συχνά συναντούσαν το γιατρό, το 35,6% δηλώνει ότι απευθύνεται στο γιατρό του μία φορά το μήνα, ενώ το 48,9% δηλώνει ότι κατά τη διάρκεια της κύησης κάνει εξετάσεις. Ο κυριότερος φορέας στον οποίο οι γυναίκες απευθύνονται για τις εξετάσεις στην περίοδο της εγκυμοσύνης είναι το νοσοκομείο σε ποσοστό 38,9%, σε

ιδιωτική κλινική το 4,4% και το υπόλοιπο 5,5% δηλώνει στο Ι.Κ.Α ή σε ιδιωτική κλινική. Το 74,4% των γυναικών έχουν γεννήσει σε δημόσια νοσοκομεία, το 3,3% με τη βοήθεια αυτοδίδακτης μαίας και το υπόλοιπο ποσοστό 2,2% αναφέρει είτε σε κλινική, είτε με την βοήθεια μαίας. Με φυσιολογικό τοκετό έχει γεννήσει το 54,4% των γυναικών, ενώ με καισαρική το 13,3%. Ένα ποσοστό της τάξεως του 10% έχει γεννήσει και με τους δύο τρόπους. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης φαίνεται ότι το 47,8% των γυναικών λαμβάνει φάρμακα εκ των οποίων στο 43,3% χορηγούνται βιταμίνες. Το 45,6% των γυναικών υποστηρίζουν ότι μετά τον τοκετό θηλάζουν τα παιδιά τους, σε αντίθεση με το 32,2%. Από 0-6 μηνών το ποσοστό του θηλασμού φτάνει το 27,8%, από 6 μηνών έως 1 έτους αγγίζει το 11,1%. Το 12,2% των γυναικών δεν επιθυμούσε το θηλασμό, το 6,7% δεν είχε γάλα, το 6,6% είχε προβλήματα υγείας και έπαιρνε φάρμακα. Το 36,7% των ερωτηθέντων είχε πληροφορηθεί για την αξία του θηλασμού από το οικογενειακό περιβάλλον, το 32,2% των γυναικών αναφέρει «άλλο», το οποίο αντιστοιχεί στο γιατρό ως πηγή πληροφόρησης και το 8,9% αναφέρει το περιβάλλον. Το 34,4% των γυναικών έχουν βιώσει το θάνατο ενός παιδιού με κυριότερη αιτία θανάτου την αποβολή σε ποσοστό 24,4%, ακολουθεί η έκτρωση σε ποσοστό 6,7%. Το 64,4% δεν επιθυμεί να κάνει άλλα παιδιά.

Το 70% των γυναικών απαντά πως δεν παίρνει κάποια μέτρα αντισύλληψης, ενώ το 28,9% αναφέρει ότι ακολουθεί κάποια μέθοδο αντισύλληψης. Το 14,4% χρησιμοποιεί το προφυλακτικό ως μέσο αντισύλληψης, το 7,8% έχει προβεί σε στείρωση, το 7,6% έχει τοποθετήσει σπιράλ 1,1% και μόλις το 1,1% χρησιμοποιεί αντισυλληπτικά.

Το 78,9% των γυναικών παρουσιάζεται να μην έχει υποβληθεί σε ΤΕΣΤ ΠΑΠ ενώ το 20% του δείγματος έχει εξεταστεί. Το 11,1% έχει υποβληθεί στην προαναφερόμενη εξέταση στο νοσοκομείο και ακολουθεί με ποσοστό 3,3% στο ιατρο-κοινωνικό και με το ίδιο ποσοστό σε ιδιωτική κλινική. Σε εξέταση μαστού έχει υποβληθεί το 17,8% των γυναικών. Το 6,7% των γυναικών αυτών έχουν εξεταστεί στο νοσοκομείο, το 4,4% στο ιατρο-κοινωνικό κέντρο και το 3,3% σε ιδιωτική κλινική. Το 12,2% του δείγματος γνωρίζει τις οδηγίες αυτοεξέτασης του μαστού σε αντίθεση με το 86,7% που έχει άγνοια. Το 7,8% των γυναικών που γνωρίζουν τον τρόπο αυτοεξέτασης έχουν ενημερωθεί από το νοσοκομείο.

**Πίνακας 4:** κατάσταση υγείας

μεταβλητές	n	%
Βιβλιάριο υγείας		
Ναι	35	38,9
Όχι	55	61,1
Φορέας βιβλιάριου		
Ι.Κ.Α.	4	4,4
Πρόνοια	27	30
ΤΕ.ΒΕ.	4	4,4
Εμβολιασμοί		
Ναι	48	53,3
Όχι	42	46,7
Τόπος εμβολιασμού		
Ιατρο-κοινωνικό	13	14,4
Ιδιωτικό	3	3,3
Καταυλισμός	12	13,3
Νοσοκομείο	16	17,8
ΠΙ.ΚΠΑ.	3	3,3
Ολοκλήρωση εμβολίων		
Ολοκλήρωση	15	16,7
Σε εξέλιξη	23	25,6
Ξεκίνησε και δεν ολοκληρώθηκε		
Ναι	15	16,7
Όχι	1	1,1
Λόγος διακοπής		
Αμέλεια	7	7,8
Ανανέωση βιβλιαρίου	1	1,1
Δεν θυμάται	1	1,1
Δεν έχει τρόπο μεταφοράς	1	1,1
Δεν πήγε	1	1,1
Δεν πήγαιναν οι γιατροί	5	5,6
Δεν ξεκίνησε ο εμβολιασμός		
Ναι	39	43,3
Λόγος που δεν ξεκίνησε		
Αμέλεια	33	36,7
Δεν γνώριζε	4	4,4
Φόβος	1	1,1
Οδοντιατρικός έλεγχος		
Ναι	25	27,8
Όχι	65	72,2
Φορέας		
Ιατρο-κοινωνικό	5	5,6
Ιδιωτικό	7	7,8
Ι.Κ.Α.	1	1,1
Νοσοκομείο	11	12,2
Πρόνοια	1	1,1
Κάθε πότε πηγαίνουν οδοντίατρο		
Κάθε χρόνο	29	32,2
Όποτε πονάνε	9	10

Παθολογικά προβλήματα		
Ναι	17	18,9
Όχι	31	34,3
Γυναικολογικά		
Ναι	24	26,7
Όχι	24	26,7
Δερματολογικά		
Ναι	11	12,2
Όχι	36	40
Αλλεργικά		
Ναι	14	15,6
Όχι	34	37,8
Ψυχολογικά		
Ναι	16	17,8
Όχι	32	35,6
Άλλα προβλήματα		
Ναι	15	16,7
Όχι	75	83,3
Φαρμακευτική αγωγή		
Ναι	21	23,3
Όχι	69	76,7
Παλιά φαρμακευτική αγωγή		
Ναι	25	27,8
Όχι	65	72,2
Νοσοκομείο		
Ναι	69	76,7
Όχι	21	23,3
Κέντρο υγείας		
Όχι	100	
Περιφερειακό Ιατρείο		
Ναι	1	1,1
Όχι	89	98,9
Ιατρο-κοινωνικό		
Ναι	23	25,6
Όχι	67	74,4
Ιδιωτικό ιατρείο		
Ναι	12	13,3
Όχι	78	86,7
Φάρμακα γνωστού		
Ναι	3	3,3
Όχι	86	95,6
Πουθενά		
Ναι	5	5,6
Όχι	85	94,4
Χρόνιο νόσημα		
Νοσοκομείο		
Ναι	67	74,4
Όχι	23	25,6
Στον ιδιωτικό ιατρό		

Ναι	9	10
Όχι	81	90
Σε κανέναν		
Ναι	6	6,7
Όχι	84	93,3
Κατά την διάρκεια της κύησης λάβατε κάποια παρακολούθηση;		
Ναι	50	55,6
Όχι	25	27,8
Φορέας		
Ιδιωτική κλινική	8	8,9
ΙΚΑ	3	3,3
Νοσοκομείο	39	43,3
Συχνότητα επίσκεψης		
1 φορά κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης	2	2,2
2 φορές το μήνα	1	1,1
Κάθε δύο μήνες	6	6,7
Κάθε 4 μήνες	2	2,2
Κάθε μήνα	32	35,6
Ραντεβού με γιατρό	1	1,1
Σπάνια	3	3,3
Τοκετός	1	1,1
Εξετάσεις κατά την κύηση		
Ναι	44	48,9
Όχι	28	31,1
Φορέας που έγιναν οι εξετάσεις		
Ιδιώτης	4	4,4
Ιδιωτική κλινική	2	2,2
ΙΚΑ	3	3,3
νοσοκομείο	35	38,9
Συχνότητα εξετάσεων		
2 φορές το μήνα	1	1,1
Κάθε δίμηνο	6	6,7
Κάθε τρίμηνο	1	1,1
Κάθε τετράμηνο	1	1,1
Κάθε μήνα	31	34,4
Ραντεβού με γιατρό	1	1,1
Σπάνια	3	3,3
Τοκετός σε νοσοκομείο		
Ναι	67	74,4
Όχι	3	3,7
Τοκετός με μαία		
Ναι	1	1,1
Όχι	69	76,7
Τοκετός με αυτοδίδακτη μαία		
Ναι	3	3,3
Όχι	67	74,4
Τύπος τοκετού		
Φυσιολογικός	49	54,4
Καισαρική	12	13,3

Και τα δύο	9	10
Φάρμακα κατά την εγκυμοσύνη		
Ναι	43	47,8
Όχι	27	30
Λόγος		
Αποκκόλιση	2	2,2
Βιταμίνες	39	43,3
Ινσουλίνη	1	1,1
Σίδηρος	1	1,1
Θηλασμός		
Ναι	41	45,6
Όχι	29	32,2
Διάρκεια		
0-6	25	27,8
6-1	10	11,1
1-2	6	6,7
2 και πάνω	1	1,1
Λόγος που δεν θήλασε		
Δεν είχε γάλα	6	6,7
Δεν ήθελε	11	12,2
Δεν μπορούσε	2	2,2
Προβλήματα υγείας	3	3,3
Τσιγάρο	2	2,2
Φάρμακα	3	3,3
Ψυχολογικά	1	1,1
Πληροφόρηση για το θηλασμό		
Οικογένεια	33	36,7
Περιβάλλον	8	8,9
Άλλο	29	32,2
Θάνατος παιδιού		
Ναι	31	34,4
Όχι	37	41,1
Αιτία θανάτου		
Αποβολή	22	24,4
Έκτρωση	6	6,7
Ζάχαρο	1	1,1
Ομφάλιος λώρος	1	1,1
Σκοτώθηκε	1	1,1
Τροχαίο	1	1,1
Θέλετε άλλα παιδιά		
Ναι	31	34,4
Όχι	58	64,4
Αντισύλληψη		
Ναι	26	28,9
Όχι	63	70
Είδος αντισύλληψης		
Σπιράλ	6	6,7
Αντισυλληπτικά	1	1,1
Προφυλακτικό	13	14,4
Στείρωση	7	7,8



Τεστ ΠΑΠ		
Ναι	18	20
Όχι	71	78,9
Φορέας		
Ιατρο-κοινωνικό	3	3,3
Ιδιωτικό	1	1,1
Ιδιωτική κλινική	3	3,3
I.K.A.	1	1,1
Νοσοκομείο	10	11,1
Εξέταση μαστού		
Ναι	16	17,8
όχι	73	81,1
Φορέας		
Ιατρο-κοινωνικό	4	4,4
Ιδιωτικό	2	2,2
Ιδιωτική κλινική	3	3,3
I.K.A.	1	1,1
Νοσοκομείο	6	6,7
Οδηγός αυτοεξέτασης		
ναι	11	12,2
όχι	78	86,7
Φορέας		
Ιατρο-κοινωνικό	2	2,2
Ιδιωτική κλινική	1	1,1
I.K.A.	1	1,1
Νοσοκομεία	7	7,8

## 5. Διατροφή – μαγείρεμα

Στον πίνακα 5. παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τη διατροφή των Τσιγγάνων γυναικών. Τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης των συγκεκριμένων δεδομένων σχετικά με το πόσο συχνά τρώνε οι γυναίκες Τσιγγάνες σπιτικό φαγητό, το 35,6% του δείγματος δηλώνει ότι τρώει μη σπιτικό φαγητό 1 φορά στις 15 ημέρες. Το 33,3% τρώει μία με δύο φορές την εβδομάδα, το 13,3% τρεις φορές την εβδομάδα και το 17,8% πιο συχνά από τα παραπάνω.

Στο ερώτημα πόσο συχνά τρώνε σαλάτα, το 47,8% τρώει σαλάτες πάνω από τρεις φορές την εβδομάδα, το 24,4% μία φορά στις δεκαπέντε, το 16,7% μία με δύο φορές την εβδομάδα και το 11,1% τρεις φορές την εβδομάδα.

Στο ερώτημα πόσο συχνά τρώνε άσπρο κρέας, το 36,7% αναφέρει ότι τρώει μία με δύο φορές την εβδομάδα, το 30% αναφέρει ότι τρώει άσπρο κρέας πάνω από τέσσερις φορές την εβδομάδα, το 21,1% μία φορά στις δεκαπέντε και το 12,2% τρεις φορές την εβδομάδα.

Στο ερώτημα κάθε πότε τρώνε ψάρι το 60% του δείγματος αναφέρει ότι τρώει μια φορά στις δεκαπέντε μέρες, το 25,6% μία με δύο φορές την εβδομάδα και το 16,7% από τρεις φορές και πάνω.

Στην ερώτηση: κάθε πότε τρώνε κόκκινο κρέας, πολύ συχνά απάντησε το 28,9%, το 27,8% αναφέρει μία με δύο φορές την εβδομάδα, το 25,6% καταναλώνει κόκκινο κρέας μια φορά στις δεκαπέντε και το 17,8% τρεις φορές την εβδομάδα.

Όσο αφορά στην ερώτηση κάθε πότε τρώνε όσπρια, το 50% των γυναικών αναφέρουν ότι περιλαμβάνουν στις διατροφικές τους συνήθειες μια φορά στις δεκαπέντε τα όσπρια, το 38,9% μία με δύο φορές την εβδομάδα, το 6,7% τρεις φορές την εβδομάδα, ενώ το 4,4% δηλώνει ότι τρώει όσπρια πολύ συχνότερα.

Στο ερώτημα κάθε πότε τρώνε φρούτα, το 46,7% αναφέρει ότι καταναλώνει φρούτα πάνω από τρεις φορές την εβδομάδα. Το 18,9% μία φορά στις δεκαπέντε μέρες και το 18,9% μία με δύο φορές την εβδομάδα και το 15,5% τρεις φορές την εβδομάδα.

Γαλακτοκομικά προϊόντα, το 43,3% αναφέρει ότι καταναλώνει μία φορά στις δεκαπέντε, το 23,3% μία με δύο φορές την εβδομάδα, το 18,9% τρεις φορές την εβδομάδα και το 14,4% πάνω από τέσσερις φορές την εβδομάδα.

Στο ερώτημα αν καταναλώνουν αλκοόλ, το 66,7% αναφέρει ότι καταναλώνει αλκοόλ μία με τρεις φορές την εβδομάδα, το 10% μόνο σε γιορτές, το 7,8% ποτέ, το 6,7% τρεις με πέντε φορές την εβδομάδα και το 2,2% καθημερινά. Το 74,4% που καταναλώνει αλκοόλ προτιμά την μπύρα και 5,6% το κρασί, το 11,1% δεν πίνει τίποτα, το 2,1% πίνει ουίσκι και το 1,1% αντίστοιχα βότκα.

#### **Πίνακας 5: διατροφή – μαγείρεμα**

Μεταβλητές	n	%
Μη σπιτικό φαγητό		
1 φορά /15 μέρες	32	35,6
1-2 φορές την εβδομάδα	30	33,3
3 φορές την εβδομάδα	12	13,3
Πιο συχνά	16	17,8
Σαλάτα		
1 φορά /15 μέρες	22	24,4
1-2 φορές την εβδομάδα	15	16,7
3 φορές την εβδομάδα	10	11,1
Πιο συχνά	43	47,8
Άσπρο κρέας		
1 φορά /15 μέρες	19	21,1
1-2 φορές την εβδομάδα	33	36,7
3 φορές την εβδομάδα	11	12,8

Πιο συχνά	27	30
Ψάρι		
1 φορά /15 μέρες	54	60
1-2 φορές την εβδομάδα	23	25,6
3 φορές την εβδομάδα	8	8,9
Πιο συχνά	5	5,6
Κόκκινο κρέας		
1 φορά /15 μέρες	23	25,6
1-2 φορές την εβδομάδα	25	27,8
3 φορές την εβδομάδα	16	17,8
Πιο συχνά	26	28,9
Όσπρια		
1 φορά /15 μέρες	45	50
1-2 φορές την εβδομάδα	35	38,9
3 φορές την εβδομάδα	6	6,7
Πιο συχνά	4	4,4
Φρούτα		
1 φορά /15 μέρες	17	18,9
1-2 φορές την εβδομάδα	17	18,9
3 φορές την εβδομάδα	14	15,6
Πιο συχνά	42	46,7
Γαλακτοκομικά		
1 φορά /15 μέρες	39	43,3
1-2 φορές την εβδομάδα	21	23,3
3 φορές την εβδομάδα	17	18,9
Πιο συχνά	13	14,4
Αλκοόλ		
1-3 φορές την εβδομάδα	60	66,7
3-5 φορές την εβδομάδα	6	6,7
Κάθε μέρα	2	2,2
Γιορτές	9	10
Ποτέ	7	7,8
είδος αλκοόλ		
βότκα	1	1,1
κρασί	1	1,1
μπύρα	67	74,4
κρασί /μπύρα	5	5,6
μπύρα/ουίσκι	2	2,1
ουίσκι	1	1,1
τίποτα	10	11,1

## 6. Υπηρεσίες υγείας

Στον πίνακα 6. παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την πρόσβαση των Τσιγγάνων γυναικών σε υπηρεσίες υγείας. Τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης των συγκεκριμένων δεδομένων σχετικά με το κάθε πότε οι Τσιγγάνες γυναίκες επισκέπτονται κάποια υπηρεσία υγείας για τις ίδιες και για τα παιδιά τους

το 52,2% των γυναικών επισκέπτονται κάποια μονάδα υγείας για τις ίδιες ή τα παιδιά τους μία φορά το έτος, το 15,6% δεν επισκέπτεται καμία υπηρεσία υγείας, το 13,3% μία φορά το εξάμηνο, το 11,1% κάθε μήνα και το 7,8% μία φορά το δίμηνο.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δηλώνει πολύ ευχαριστημένο από τις υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας με ποσοστό 46,7%. Μεγάλο όμως είναι και το ποσοστό (33,3%) που δηλώνει λίγο ευχαριστημένο. Στην ερώτηση για ποιο λόγο δεν είναι ικανοποιημένοι, το 16,7% απαντά ότι δεν είναι ευχαριστημένοι γιατί υπάρχει μεγάλη καθυστέρηση, το 10% αναφέρει ότι δεν είναι ευχαριστημένοι γιατί δεν τους αντιμετωπίζουν καλά λόγω της καταγωγής τους, το 5,6% πιστεύουν ότι αδιαφορούν .

#### **Πίνακας 6: πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας**

Μεταβλητές	n	%
Κάθε πότε επισκέπτεστε κάποια μονάδα υγείας;		
1 φορά το χρόνο	47	52,2
1 φορά το εξάμηνο	12	13,3
1 φορά το δίμηνο	7	7,8
Κάθε μήνα	10	11,1
Καθόλου	14	15,6
Πόσο ευχαριστημένες είστε από τις υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας;		
Λίγο	30	33,3
Αρκετά	17	18,9
Πολύ	42	46,7
Για ποιο λόγο είστε πολύ-λίγο ευχαριστημένες?		
Αδιαφορία	5	5,6
Αστάθεια στους γιατρούς	1	1,1
Γραφειοκρατία	1	1,1
Δεν βοηθούν	2	2,2
Δεν εξυπηρετούνται	1	1,1
Ενημέρωση	3	3,3
Καθυστέρηση	3	3,3
Καταγωγή	15	16,7
Πληρώνουν	9	10

#### **7. Συνθήκες υγιεινής - κατοικίας**

Στον πίνακα 7. παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των συνθηκών υγιεινής στις κατοικίες των Τσιγγάνων γυναικών.

Τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης των συγκεκριμένων δεδομένων σχετικά με το είδος της κατοικίας αναφέρει ότι το 78,9% του δείγματος κατοικεί σε πρόχειρες κατασκευές, το 14,4% κατοικεί σε σπίτια και το 4,4% διαμένει σε σκηνές. Το σύνολο των γυναικών ανέφεραν την έλλειψη διαμορφωμένων δρόμων, την έλλειψη ηλεκτροδότησης και την έλλειψη υδροδότησης στην περιοχή διαμονής τους.

Το 44,4% αναφέρει ότι κάνει μπάνιο στην αυλή, το 23,3% στην τουαλέτα και 16,7% μέσα στην παράγκα.

Το 88,9% πλένουν τα τρόφιμα στην βρύση, το 8,9% δεν τα πλένουν καθόλου και 2,2% πλένει τα τρόφιμα με εμφιαλωμένο νερό.

Το 97,8% καταναλώνει εμφιαλωμένο νερό και το 2,2% πίνει νερό από τη βρύση.

Το 64,4% διαθέτει ψυγείο όπου και αποθηκεύει τα τρόφιμα, το 30% δεν αποθηκεύει κανένα τρόφιμο και το 5,6% δίνει τα τρόφιμά του σε κάποιο συγγενή που διαθέτει ψυγείο.

Το 97,8% διαθέτει σόμπα, το 70% του δείγματος δε διαθέτει αποχετευτικό σύστημα, ενώ το 30% διαθέτει. Το 41,1% όσων δεν διαθέτουν αποχέτευση, καταφεύγουν σε χωράφια και το 21,1% χρησιμοποιεί για τουαλέτα βαρέλια.

Το 71,1% δηλώνει ότι δεν είναι ευχαριστημένοι από την κατοικία τους, ενώ το 27,8% δηλώνει «ευχαριστημένοι».

Το 77,8 % των γυναικών επιθυμεί καλύτερες συνθήκες διαβίωσης και το 18,9% δεν επιθυμεί καμία αλλαγή.

**Πίνακας 7:** συνθήκες υγιεινής - κατοικίας

Μεταβλητές	n	%
Τύπος κατοικίας		
Σκηνή	4	4,4
Πρόχειρη κατασκευή	71	78,9
Σπίτι	13	14,4
Άλλο	2	2,2
Υπάρχουν διαμορφωμένοι δρόμοι στην περιοχή σας;		
Όχι	90	100
Υπάρχει υδροδότηση στην περιοχή σας;		
Όχι	90	100
Ατομική υγιεινή		
Αυλή	40	44,4
Βρύση	6	6,7
Παράγκα	15	16,7
Σπίτι	8	8,9
Τουαλέτα	21	23,3

Πλύσιμο τροφίμων		
Βρύση	80	88,9
Δεν τα πλένουν	8	8,9
Εμφιαλωμένο	2	2,2
Πόσιμο νερό		
Βρύση	2	2,2
Εμφιαλωμένο	88	97,8
Ηλεκτροδότηση		
Όχι	90	100
Αποθήκευση τροφίμων		
Πουθενά	27	30
Σε συγγενή	5	5,6
Ψυγείο	58	64,4
Θέρμανση		
Σόμπα	88	97,8
Τίποτα	2	2,2
Αποχέτευση		
Ναι	27	30
Όχι	63	70
Αν όχι. Που εξυπηρετείστε?		
Άλλα σπίτια	1	1,1
Άλλες παράγκες	2	2,2
Σε βαρέλια	19	21,1
Σε συγγενείς	2	2,2
Σε τουαλέτα	2	2,2
Χωράφια	37	41,1
Είστε ευχαριστημένοι από την κατοικία σας;		
Ναι	25	27,8
Όχι	64	71,1
Θα θέλατε να αλλάξετε κάτι?		
Μεγαλύτερο σπίτι	3	3,3
Συνθήκες διαβίωσης	70	77,8
Τίποτα	17	18,9

### 6.1.2. Συζήτηση αποτελεσμάτων.

Έχοντας ολοκληρώσει τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, θα προβούμε στην παρουσίαση των μεταβλητών που θεωρούμε ότι έχουν άμεση συσχέτιση με το σκοπό της έρευνάς μας.

Το σύνολο των γυναικών του καταυλισμού είναι 112 και οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα είναι 90, με τη μικρότερη ηλικία να κυμαίνεται στα 14 έτη και τη μεγαλύτερη στα 62 έτη. Το 48,9%, δηλαδή 44 γυναίκες, ανήκουν στον πάνω καταυλισμό (Χαλκιδάιοι) και το 51,1 %, δηλαδή 46 γυναίκες ανήκουν στον κάτω καταυλισμό (Πελοποννήσιοι). Ο αριθμός των γυναικών που έλαβε μέρος στην έρευνα είναι αντιπροσωπευτικός και οι ηλικίες είναι ιδανικές για να την καταγραφή της παρούσας κατάστασης σε όλα τα επίπεδα. Επίσης, οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα είναι μισές από την κάθε μεριά του καταυλισμού, ώστε να είναι τα αποτελέσματα αντιπροσωπευτικά.

Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση των γυναικών, το 43,3%, δηλαδή 39 γυναίκες είναι παντρεμένες με θρησκευτικό γάμο και το αντίστοιχο 43,3%, δηλαδή 39 γυναίκες είναι παντρεμένες με τον εθιμικό γάμο (συνήθως οι γυναίκες στο «κάτω»καταυλισμό παντρεύονται με αυτή τη μορφή γάμου, γιατί όντας σε δυσμενέστερη οικονομική κατάσταση, παίρνουν από την πρόνοια το επίδομα της ανύπαντρης μητέρας).

Ο γάμος για τους Ρομ είναι μια απολύτως σημαντική διαδικασία και αποτελεί μέσο ευτυχίας για την Τσιγγάνικη κοινότητα. Σε έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί φαίνεται ότι στους 231 ερωτώμενους, οι 105 (45,5%) θεωρούν το γάμο ως το βασικότερο μέσο ευτυχίας. Οι Ρομ παντρεύονται με δύο είδη γάμου. Το ένα είναι ο παραδοσιακός ή εθιμικός γάμος και ο άλλος είναι ο θρησκευτικός. Σε έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί το 98,3% επιθυμεί το παραδοσιακό ή εθιμικό γάμο. Ο εθιμικός ή παραδοσιακός γάμος είναι μια μορφή γάμου, η οποία δίνει την δυνατότητα στους Ρομ να παντρεύονται σε μικρή ηλικία παρόλο που απαγορεύεται από τον νόμο, όπως και να παντρεύονται συγγενικά πρόσωπα, γεγονός που παρατηρείται συχνά στους Ρομ. Στην παρούσα έρευνα, οι μισές γυναίκες είναι παντρεμένες με θρησκευτικό γάμο και οι άλλες μισές με εθιμικό γάμο. Φαίνεται δηλαδή να υπάρχει μια διαφορά σε σχέση με την έρευνα που αναφέρει ότι η πλειοψηφία επιθυμεί να παντρευτεί με εθιμικό γάμο. Ένας παράγοντας που φαίνεται ότι έχει επηρεάσει στην αλλαγή αυτή οφείλεται στο πέρασμα των χρόνων και το συγχρωτισμό των Τσιγγάνων με τον υπόλοιπο

ελληνικό πληθυσμό, όπου η ενδογαμία, έχει υποστεί –όπως και άλλοι αξιακοί κώδικες σημαντικές αλλοιώσεις<sup>159</sup>.

Όσον αφορά στον αριθμό των παιδιών που αποκτούν οι γυναίκες του καταυλισμού, προκύπτει ότι το 20% αντίστοιχα αποκτά 3 με 4 παιδιά. Η απόκτηση παιδιών για τους Ρομ είναι ένας πολύ σημαντικός τομέας της ζωής τους. Η γυναίκα ζει για να γίνει μητέρα, να κάνει παιδιά και να είναι γόνιμη. Η γέννηση κάθε παιδιού δείχνει την αξία της γυναίκας. Με τα παιδιά ολοκληρώνεται η οικογένεια και διαιωνίζονται ταυτόχρονα το σόι και ο τσιγγάνικος λαός<sup>160</sup>. Σύμφωνα με τις προαναφερόμενες απόψεις είναι επόμενο ότι ο αριθμός των παιδιών σε κάθε οικογένεια είναι αρκετά μεγάλος.

Σχετικά με το αν οι γυναίκες πηγαίνουν τα παιδιά τους στο σχολείο, το 77,8% απαντά αρνητικά και μόλις το 22,2% απαντά θετικά. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται να επιβεβαιώσει τα υψηλά επίπεδα αναλφαβητισμού που υπάρχουν στους Ρομ. Στις γυναίκες πιο συγκεκριμένα, η πλειοψηφία δηλαδή το 78,9% απαντά ότι δεν ξέρει καθόλου να γράφει, ενώ αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα όσον αφορά αν οι γυναίκες Ρομ γνωρίζουν να διαβάζουν, όπου η πλειοψηφία, δηλαδή το 74,4% αναφέρει ότι δεν ξέρει να διαβάζει καθόλου. Οι γυναίκες απαντούν σε ποσοστό 57,8% ότι δεν έχουν πάει καθόλου σχολείο, το 14,4% απαντά ότι έχει πάει στο δημοτικό και το 26,7% αναφέρει ότι έχει παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα εκμάθησης ελληνικών. Η έλλειψη της εκπαίδευσης για τις γυναίκες Ρομά είναι ένας παράγοντας, ο οποίος συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην ποιότητα της ζωής τους. Η εκπαίδευση αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους τομείς στην ζωή ενός ανθρώπου. Ο αποκλεισμός από την εκπαίδευση οδηγεί σε σοβαρές επιπτώσεις στην ζωή των ατόμων και στο κοινωνικό αποκλεισμό<sup>161</sup>. Η σχέση της φτώχειας με την εκπαίδευση είναι άμεση γι' αυτό και η πλειονότητα των ατόμων που θεωρούνται «φτωχοί» διακρίνονται από χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, όπως και η πλειονότητα των ανέργων, η οποία χαρακτηρίζεται κι αυτή από χαμηλό επίπεδο μόρφωσης και κατάρτισης<sup>162</sup>. Το μεγαλύτερο μέρος των γυναικών δεν έχουν ξεκινήσει καν τη

---

<sup>159</sup> Νόβα-Καλτσούνη, Χ., (2004)

<sup>160</sup> Παυλή – Κορρέ, Μ. και Σπανούλη, Ρ., (1991: 59-63)

<sup>161</sup> Χρυσάκης στο Καραντίνος, Μαράτου- Αλιπράντη και Φρονίμου, (2005:87)

<sup>162</sup> Καντζάρα στο Οικονόμου και Φέρωνας, (2006: 370)



μαθητική τους ζωή, ενώ το μικρό ποσοστό που έχει ξεκινήσει δεν καταφέρνει να ολοκληρώσει ούτε το δημοτικό. Αυτό είναι λογικό εν μέρει αν σκεφτεί κάποιος πόσα επίσημα έγγραφα χρειάζονται για την εγγραφή των Ρομ στο σχολείο και πόσο πρόωρα δημιουργούν οικογένεια οι γυναίκες Ρομ. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση τόσο των γυναικών, όσο και των παιδιών τους στην εκπαίδευση είναι ο διαχωρισμός στο σχολείο ή στις αίθουσες των σχολείων, οι ανειδίκευτοι εκπαιδευτικοί στο χειρισμό τάξεων στις οποίες φοιτούν παιδιά από διάφορες κοινωνικές ομάδες, η προκατάληψη, η οποία εκφράζεται με ρατσιστικές ύβρεις και η αντιμετώπιση των Ρομά ως αποδιοπομπαίων τράγων, η έλλειψη προσχολικής εκπαίδευσης για την απόκτηση επάρκειας στην γλώσσα, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων οι οποίοι δεν μπορούν να στηρίξουν τα παιδιά τους, όπως και οι άσχημες εμπειρίες διακρίσεων των γονέων, οι οποίοι δεν μπορούν να κατανοήσουν τις ευκαιρίες που θα δοθούν στα μορφωμένα παιδιά τους, τόσο σε εργασιακό επίπεδο, όσο και στις συνθήκες διαβίωσής τους<sup>163</sup>.

Επίσης, οι περισσότερες Τσιγγάνες γυναίκες δεν έχουν υπηκοότητα και δεν μπορούν να ασκήσουν τα πολιτικά τους δικαιώματα. Δεν έχουν επίσημα έγγραφα και φυσικά δεν κατέχουν ποτέ κάποια δημόσια θέση, όπως δεν κατέχουν και τα δικαιώματα που απολαμβάνει οποιοσδήποτε άλλος πολίτης. Ο αποκλεισμός τους από δημόσιες θέσεις και από άλλες δουλειές περιορίζει τις επιλογές τους για επαγγελματική αποκατάσταση<sup>164</sup>.

Στην Ελλάδα, έρευνες έχουν δείξει ότι το ποσοστό συμμετοχής των τσιγγανόπουλων στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση δεν υπερβαίνει το 40% και ότι το ποσοστό των αναλφάβητων ενηλίκων τσιγγάνων ανέρχεται στο 80%<sup>165</sup>. Επίσης, σε έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί στην Επαρχία του Νόστου προκύπτει ότι το 60% των ερωτηθέντων είναι οργανικά αναλφάβητοι, το 20% λειτουργικά αναλφάβητοι και το 20% έχουν αποφοιτήσει από το Δημοτικό<sup>166</sup>.

---

<sup>163</sup> Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2005) Για το θέμα βλ. σχετικά: [http://www.europa.eu.int/comm/education/policies/2010/doc/progressreport06\\_el.pdf](http://www.europa.eu.int/comm/education/policies/2010/doc/progressreport06_el.pdf) [Πρόσβαση: 27 Σεπτεμβρίου 2010]

<sup>164</sup> Ντούσας, Δ., (1997:187 - 193)

<sup>165</sup> Αναπτυξιακή σύμπραξη EQUAL 'ΔΙ.ΚΑ.ΔΙ. – ROM'(2006)

<sup>166</sup> Παπάς, Ν., (1/8/2007) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.nelekav.gr](http://www.nelekav.gr) [Πρόσβαση: 27 Σεπτεμβρίου 2010]

Όσον αφορά στην παρακολούθηση προγραμμάτων υγείας, οι περισσότερες γυναίκες σε ποσοστό 71,1% απάντησαν ότι δεν έχουν παρακολουθήσει, ενώ το 28,9% απαντά θετικά. Σημαντικό γεγονός αποτελεί ότι καταγράφεται μια βελτίωση ανάμεσα στους Ρομ και το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας όσο και με την ιατρική επιστήμη ευρύτερα, καθώς αυτό όμως δεν σημαίνει ότι οι διακρίσεις έχουν εξολοκλήρου εκλείψει. Μία παράμετρος που δυσχεραίνει τη σχέση είναι οι διαφορετικές επικοινωνιακές και πολιτισμικές προσλαμβάνουσες. Επίσης και η προληπτική ιατρική αποκτά σημασία για την κοινότητα των Ρομ τα τελευταία χρόνια μέσω ποικίλων προγραμμάτων και δράσεων ενημέρωσης που υλοποιούνται, όσο και από θεσμικούς και κοινωνικούς φορείς σε πανελλαδική κλίμακα. Ωστόσο, λόγω των συχνών μετακινήσεων ομάδων του εν λόγω πληθυσμού, των νομικών κωλυμάτων, του χαμηλού επιπέδου μόρφωσης, της δυσπιστίας που υπάρχει αλλά και η κάλυψη των βασικών καθημερινών αναγκών, όπως είναι η τροφή κ.τ.λ., η συμμετοχή δεν είναι πολύ μεγάλη<sup>167</sup>. Ο κυριότερος φορέας υλοποίησης των προγραμμάτων υγείας στον πληθυσμό του καταυλισμού είναι το Ιατροκοινωνικό Κέντρο Νέας Αλικαρνασσού με ποσοστό 28,9% και η διάρκειά τους ήταν μία ημέρα με ποσοστό 31,1%.

Η πρόληψη είναι ένας τομέας παραμελημένος από τους Ρομ. Οι Ρόμισες δεν αντιλαμβάνονται την υγεία ως πρωταρχική ανάγκη, ενώ ο γιατρός είναι για τους Ρομ μια αποφευκτέα μορφή, γιατί τον θεωρούν ως το σύμβολο του «θανάτου». Έτσι, οι Τσιγγάνες βασανιζόμενες από τις προκαταλήψεις τους, δεν έχουν καμία ενημέρωση σε θέματα υγείας, αγνοώντας πλήρως την έννοια πρόληψη, που σημαίνει να φροντίζουν τον εαυτό τους. Η κλειστή κοινωνία στην οποία ζουν, δεν είναι εύκολα προσβάσιμη από τις υπηρεσίες υγείας του κράτους. Επίσης, ο τρόπος ζωής τους δεν τους επιτρέπει να τηρούν συστηματικά κανόνες υγιεινής, ενώ τα προγράμματα σχετικά με τη βελτίωση υγείας δεν έχουν άμεσα σημαντικά αποτελέσματα. Επίσης, επειδή η σχέση μεταξύ αναπαραγωγής και σεξουαλικής πράξης, που είναι ένα θέμα ταμπού ειδικά για τις γυναίκες, σημαίνει πως η παρακολούθηση και οι προληπτικές

---

<sup>167</sup> PRAKSIS, (2007) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.mighealth.net](http://www.mighealth.net) [Πρόσβαση: 27 Σεπτεμβρίου 2010]

δράσεις σχετικά με τα γυναικολογικά θέματα, περιορίζονται στην εγκυμοσύνη και τη γέννα<sup>168</sup>

Παρόλα αυτά, η προληπτική ιατρική αποκτά σημασία για την κοινότητα των Ρομ τα τελευταία χρόνια μέσω ποικίλων προγραμμάτων και δράσεων ενημέρωσης που υλοποιούνται, όσο και από θεσμικούς και κοινωνικούς φορείς σε πανελλαδική κλίμακα κι αυτό αποδεικνύεται στην παρούσα έρευνα με το ποσοστό του 28,9%<sup>169</sup>. Οι γυναίκες που απάντησαν θετικά, αναφέρουν ότι το πρόγραμμα που παρακολούθησαν τους βοήθησε σε διάφορους τομείς, όπως είναι οι προληπτικές εξετάσεις, οι εμβολιασμοί, οι γυναικολογικές εξετάσεις και οι γενικές γνώσεις. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει τα προγράμματα υγείας να είναι περισσότερα, πιο συχνά και με μεγαλύτερη διάρκεια, ώστε να υπάρξει η ανάλογη ευαισθητοποίηση για την παρακολούθησή τους.

Όσον αφορά στην ασφάλιση των Τσιγγάνων, προκύπτει ότι το 61,1% των γυναικών είναι ανασφάλιστες και το 38,9% είναι ασφαλισμένες. Το 30% αναφέρει ως φορέα ασφάλισης την Πρόνοια. Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε διάφορους καταυλισμούς, προέκυψε ότι το 67,3% των Τσιγγάνων είναι ασφαλισμένοι και το 32,7% είναι ανασφάλιστοι, ενώ η πλειοψηφία τους αναφέρει ως φορέα ασφάλισης την Πρόνοια με ποσοστό 75,8%<sup>170</sup>. Επίσης, παρόμοια αποτελέσματα υπάρχουν και στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε περιοχή της Καβάλας, στην οποία προκύπτει ότι το 74,5% των Τσιγγάνων είναι ασφαλισμένοι και το 25,5% αναφέρει ότι είναι ανασφάλιστοι ενώ, ως φορέα ασφάλισης το 38,9% αναφέρει την Πρόνοια. Στη συγκεκριμένη έρευνα, η συντριπτική πλειοψηφία που απάντησαν ότι έχουν βιβλιάριο υγείας ήταν γυναίκες, γεγονός που δείχνει ότι είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένες σε θέματα υγείας<sup>171</sup>.

Η πρόσβαση των Τσιγγάνων στο σύστημα Κοινωνικής Πρόνοιας είναι μικρή, η πρόσβασή τους στο σύστημα Κοινωνικής πολιτικής περίπου μηδενική και η πρόσβασή τους στο πλέγμα των κοινωνικών παροχών που πηγάζει από την εργασία και την Κοινωνική Ασφάλιση ίσως ανύπαρκτη. Οι Τσιγγάνοι στην πλειοψηφία τους

---

<sup>168</sup> European Public Health Alliance (2009) Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://www.epha.org/a/3980> [Πρόσβαση: 27 Σεπτεμβρίου 2010]

<sup>169</sup> Τσάφου, Μ., (2007)

<sup>170</sup> PRAKSIS, (2008) Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://www.mighealth.net>

<sup>171</sup> Παπάς, Ν., (1/8/2007) Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://www.nelekav.gr>

απασχολούνται εκτός του τυπικού εργασιακού πλαισίου και άρα στερούνται το δικαίωμα της Κοινωνικής Ασφάλισης και των παρεπόμενων παροχών (σύνταξη, επιδόματα, προστασία μητρότητας, προστασία τέκνων κλπ.). Παρά το γεγονός ότι κατά πλειοψηφία θεωρούνται και είναι άποροι (και άρα δικαιούχοι των παροχών της Πρόνοιας) και παρά το γεγονός ότι θεωρούνται εξοικειωμένοι με το σύστημα πρόνοιας, έρευνες δείχνουν ότι οι σχέσεις τους με τις υπηρεσίες Πρόνοιας δεν είναι καλές. Αν και σε μεγάλο βαθμό κάνουν τελικά χρήση των βασικών υπηρεσιών του συστήματος Πρόνοιας, μέσα από την ασφαλιστική κάλυψη ως άποροι, με την στοιχειώδη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και τα επιδόματα, η σχέση τους με το Προνοιακό σύστημα είναι σχέση πελατειακή, περιστασιακή και τελικά χωρίς σημαντική θετική επίπτωση στους όρους διαβίωσής τους. Τέλος, σε ότι αφορά στην πρόσβαση στις Κοινωνικές Υπηρεσίες των Ο.Τ.Α., είναι χαρακτηριστικό ότι σπάνια κάτοικος Τσιγγάνικης καταγωγής καταγράφεται να συμμετέχει στις δραστηριότητες των Δημοτικών Υπηρεσιών (π.χ. ΚΑΠΗ, Δημοτικός Βρεφονηπιακός Σταθμός κλπ.), το οποίο αποτελεί δείγμα κοινωνικού αποκλεισμού.

Οι κυριότερες αιτίες του αποκλεισμού των Ρομά από την κοινωνική ασφάλιση αποτελούν οι ανεπάρκειες του κοινωνικού κράτους και η αδυναμία της κοινωνικής πολιτικής να συμπεριλάβουν στην οπτική τους Ρομά τους έχει αποκόψει από την οποιαδήποτε πρόσβαση στα κοινωνικά δικαιώματα και αγαθά. Ακόμη και στις περιπτώσεις που η Κοινωνική πολιτική και η πολιτική Πρόνοιας θεωρητικά συμπεριλαμβάνει στη δράση της τους Τσιγγάνους πολίτες, αυτή αποδεικνύεται μη φιλική και ασύμβατη με τις επικοινωνιακές δυνατότητες των Τσιγγάνων πολιτών, με αποτέλεσμα να μεγαλώνει το χάσμα ανάμεσα στην Τσιγγάνικη κοινότητα και το θεσμικό κράτος. Επίσης, κάποιοι σημαντικοί λόγοι αποτελούν η έντονη προκατάληψη απέναντι στους Τσιγγάνους από τις Δημόσιες ή Δημοτικές Υπηρεσίες, που βασίζεται σε στερεότυπα και δημιουργεί απόσταση ανάμεσα στους Ρομά και τις Υπηρεσίες. Καθώς η επιφύλαξη και ο φόβος αντίστοιχα που έχουν οι ίδιοι οι Τσιγγάνοι για την κυρίαρχη κοινωνική ομάδα και το σύστημα, μέσα στο οποίο λειτουργεί.

Πολλοί Τσιγγάνοι, δυνητικά δικαιούχοι των παροχών της Πρόνοιας, δεν έχουν τακτοποιημένα τα έγγραφα Αστικής και Δημοτικής Κατάστασης (εγγραφή σε Δημοτολόγια, έκδοση Αστυνομικής Ταυτότητας κλπ.), με αποτέλεσμα να μην

μπορούν να κάνουν χρήση οποιασδήποτε κοινωνικής υπηρεσίας για τυπικούς λόγους. Ενώ πολύ σημαντικό είναι και το πρόβλημα της λεκτικής επικοινωνίας<sup>172</sup>.

Οι γυναίκες του καταυλισμού δηλώνουν σε ποσοστό 53,3% ότι έχουν εμβολιαστεί και το 46,7% απαντούν αρνητικά. Την ολοκλήρωση του εμβολιασμού αναφέρει το 16,7% και την εξέλιξη του δηλώνει το 25,6%. Το 16,7 % των γυναικών αναφέρουν ότι ξεκίνησαν τον εμβολιασμό και δεν ολοκλήρωσαν τη διαδικασία με κυριότερο λόγο την αμέλεια σε ποσοστό 7,8%. Το 43,3% των γυναικών ανέφεραν ότι δεν ξεκίνησαν καθόλου την διαδικασία του εμβολιασμού με κυριότερο λόγο σε ποσοστό 36,7% την αμέλεια. Σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Αχαΐα, την Αγία Βαρβάρα και το Δενδροπόταμο Θεσσαλονίκης, προκύπτει αντίστοιχα ότι το 45,9% των Τσιγγανόπαιδων δεν έχουν κάνει ολοκληρωμένο εμβολιασμό, επίσης το 32,12% ενώ το 35% των παιδιών δεν έχουν κάνει ποτέ κανένα εμβόλιο<sup>173</sup>

Ο εμβολιασμός αποτελεί μέθοδο πρόληψης διαφόρων ασθενειών. Παρόλα αυτά όμως, όπως αποδεικνύεται στην παρούσα έρευνα, ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών αναφέρει ότι δεν έχει ξεκινήσει καθόλου τον εμβολιασμό. Είναι φανερό ότι δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση και ευαισθητοποίηση σε θέματα πρόληψης, όπως είναι ο εμβολιασμός, και αυτό φαίνεται από την μειωμένη συμμετοχή των Αθίγγανων στα προγράμματα Αγωγής Υγείας ή ακόμα και άρνηση να συμμετάσχουν. Η απουσία του εμβολιασμού αποτελεί σημαντικό κίνδυνο για την υγεία των Τσιγγανών. Σύμφωνα με έρευνες μη κυβερνητικών οργανώσεων, σε κάποιες κοινότητες σκηνιτών το 99% ήταν προσβεβλημένο από τον ιό της ηπατίτιδας Α και το 50% είχε επίσης εκτεθεί στον ιό της ηπατίτιδας Β, γεγονός το οποίο αποδεικνύει τον ανεπαρκή εμβολιασμό του πληθυσμού, μιας και το εμβόλιο της ηπατίτιδας είναι ένα από τα εμβόλια που περιλαμβάνονται στο βασικό εμβολιασμό ενός ανθρώπου.

Όσον αφορά στον οδοντιατρικό έλεγχο προκύπτει ότι το 72,2% δεν προβαίνει σε έλεγχο και το 27,8% δηλώνει θετικά στο ερώτημα, ενώ σημαντικό είναι ότι το 32,2% των ερωτηθέντων γυναικών απαντά ότι πηγαίνει στον οδοντίατρο κάθε χρόνο και μόλις το 10% πηγαίνει όταν πονάει. Σε έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί από το ΔΙΚΤΥΟ POM προκύπτει πως η οδοντιατρική κατάσταση των Τσιγγανών είναι πάρα πολύ άσχημη, αφού το 70% αντιμετωπίζει πολύ σημαντικά προβλήματα. Η πρόληψη

---

<sup>172</sup>Για το θέμα βλ. σχετικά: [http://www.oikokoinonia.gr/roma\\_special\\_thematic\\_pronoia.asp?submenu\\_id=1](http://www.oikokoinonia.gr/roma_special_thematic_pronoia.asp?submenu_id=1)

<sup>173</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://www.politikokafeneio.com/.../rom241.htm>

στον τομέα αυτό είναι σχεδόν ανύπαρκτη, αφού μόλις το 26% δηλώνει καθημερινό πλύσιμο ενώ το 38,5% δηλώνει καθαρισμό σε αραιά χρονικά διαστήματα και το 30% δηλώνει ότι δεν τα πλένει ποτέ<sup>174</sup>. Η ανεπαρκής ενημέρωση και η προαναφερόμενη συμπεριφορά που έχει υιοθετηθεί από τον πληθυσμό των Ρομ εξηγεί επαρκώς την άσχημη οδοντιατρική κατάσταση που αντιμετωπίζουν.

Όσον αφορά στην αντιμετώπιση διαφόρων προβλημάτων υγείας στην παρούσα έρευνα, προκύπτει ότι το 18,9% των γυναικών αντιμετωπίζουν παθολογικά προβλήματα, καθώς και το 26,7% απαντούν ότι αντιμετωπίζουν γυναικολογικά προβλήματα. Επίσης, το 12,2% απαντά ότι αντιμετωπίζει δερματολογικά προβλήματα, ενώ το 15,6% αναφέρει ότι αντιμετωπίζει διάφορα προβλήματα υγείας, όπως καρδιολογικά και ορθοπαιδικά. Ένα σημαντικό ποσοστό των γυναικών που αγγίζει το 17,8% αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα (άγχος, στεναχώρια, κατάθλιψη). Σύμφωνα με μελέτη του Δικτύου Ρομ προέκυψαν κάποια σημαντικά αποτελέσματα σε σχέση με την υγεία των Ρομ. Οι συνηθέστερες παθήσεις που φαίνεται να αντιμετωπίζουν είναι:

1. καρδιοπάθειες (18,1%)
2. αναπνευστικό (άσθμα 13,9%)
3. ψυχικές ασθένειες (μελαγχολία-κατάθλιψη 12,1%)
4. νευρολογικές ασθένειες (επιληψία 6,8%).

Όσον αφορά στην λήψη φαρμάκων, η πλειοψηφία των γυναικών (76,7%) απαντούν ότι δεν παίρνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή και το 23,3% απαντά θετικά στο ερώτημα. Επίσης, όταν υπάρχει κάποιο πρόβλημα υγείας οι γυναίκες απαντούν ότι απευθύνονται σε δημόσιο νοσοκομείο σε ποσοστό 76,7% σε αντίθεση με το υπόλοιπο 23,3%. Όλες οι γυναίκες, δηλαδή το 100% του δείγματος, απαντά αρνητικά στο ενδεχόμενο να απευθυνθούν στο Κέντρο Υγείας σε περίπτωση ασθένειας. Η πλειοψηφία των γυναικών (98,9%) απαντούν ότι δεν πηγαίνουν στο Περιφερειακό Ιατρείο, αντίθετα οι περισσότερες (74,4%) προτιμούν να πηγαίνουν στο Ιατροκοινωνικό Κέντρο και μόλις το 13,3% απαντούν αρνητικά. Σε ιδιώτη ιατρό απευθύνεται μόνο το 13,3%, ενώ το 86,7% απαντά ότι δεν πηγαίνει σε κάποιο ιδιώτη. Όταν υπάρχει κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας, οι γυναίκες απαντούν σε ποσοστό 74,4% ότι πηγαίνουν στο νοσοκομείο σε αντίθεση με το 25,6%. Τέλος, μόλις το 6,7% απαντά ότι δεν απευθύνεται σε κανέναν.

---

<sup>174</sup> Δειγματοληπτική έρευνα ΔΙΚΤΥΟ ΡΟΜ (2001)

Έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί σε περιοχή της Καβάλας επιβεβαιώνει το αποτέλεσμα για τη λήψη φαρμάκων. Συγκεκριμένα το 74,5% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι δεν παίρνουν κάποιο φάρμακο και το υπόλοιπο ποσοστό 25,5% απαντά ότι λαμβάνει κάποιο φάρμακο. Επίσης, το 96% αναφέρει ότι όταν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα υγείας απευθύνεται στο νοσοκομείο, ενώ το 4% σε ιδιώτη γιατρό<sup>175</sup>. Επίσης, σε άλλη έρευνα προκύπτει ότι οι χρόνιες παθήσεις αντιμετωπίζονται κυρίως στο νοσοκομείο (68,8%), σε ιδιώτες γιατρούς σε ποσοστό (16,1%) και το (12,8%) δεν πηγαίνει πουθενά<sup>176</sup>.

Οι κυριότερες αιτίες οι οποίες αποτρέπουν τους Ρομ να απευθυνθούν στο γιατρό είναι πολλοί. Η έλλειψη βιβλιάριου υγείας, η ελλιπής ενημέρωσή τους για τα δικαιώματά τους, η έλλειψη σεβασμού στον πολιτισμό και την κουλτούρα τους είναι κάποιοι από τους λόγους που τους ωθούν να αποφεύγουν τους γιατρούς και τα νοσοκομεία<sup>177</sup>.

Επίσης, επειδή η οικογένεια και το συγγενικό περιβάλλον στους Ρομ έχει σημαντικό ρόλο στην ζωή τους, πολλές φορές όταν κάποιο μέλος της οικογένειας θα χρειαστεί να μεταφερθεί στο νοσοκομείο, τότε ένας μεγάλος αριθμός των ατόμων αυτών θα ακολουθήσει προς ένδειξη συμπαράστασης και προστασίας. Οι στενοί συγγενείς επισκέπτονται τον άρρωστο για να τον προσέχουν. Είναι έμφυτο για τους τσιγγάνους να επισκέπτονται τους αρρώστους, υποστηρίζοντας έτσι τους συγγενείς τους και συμμετέχοντας στο βάσανο του στενού τους προσώπου. Το προσωπικό του νοσοκομείου μπορεί να μείνει κατάπληκτο από τον αριθμό επισκεπτών που ένας ασθενής θα λάβει και πολλές φορές δυσκολεύεται να παρέχει τις υπηρεσίες του στον ασθενή. Επίσης, οι κανονισμοί των νοσοκομείων έρχονται σε αντίθεση με τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας από τους Ρομ<sup>178</sup>.

Βέβαια, σημαντικό γεγονός, το οποίο πρέπει να αναφερθεί, είναι η σχέση των Ρομ με το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας και με την ιατρική επιστήμη ευρύτερα, στην οποία καταγράφεται μια βελτίωση της αντιμετώπισης του νοσοκομειακού προσωπικού προς τους Ρομ, χωρίς να σημαίνει ότι οι διακρίσεις έχουν εξολοκλήρου

---

<sup>175</sup> Παπάς, Ν.,(1/8/2007) Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://www.nelekav.gr>

<sup>176</sup> Δειγματοληπτική έρευνα ΔΙΚΤΥΟ POM (2001)

<sup>177</sup> PRAKSIS, (2008) <http://www.mighealth.net>

<sup>178</sup> Γεωργωτά, Ε., (2009)

εκλείπει. Μία παράμετρος που δυσχεραίνει τη σχέση είναι οι διαφορετικές επικοινωνιακές και πολιτισμικές προσλαμβάνουσες. Η μη-τήρηση των κανόνων καλής συμπεριφοράς ως προς το επάγγελμα του ιατρού εκλαμβάνεται από μέρος της ιατρικής κοινότητας ως έλλειψη σεβασμού. Επίσης, σύμφωνα με τον κανονισμό των νοσοκομείων, κατά τις εφημερίες, επιτρέπεται ένας συνοδός στα ιατρεία εξέτασης των ασθενών. Οι φύλακες ασφαλείας από την μία πλευρά εκτελώντας το ρόλο τους για την εφαρμογή του κανονισμού και οι οικογένειες των Ρομ από την άλλη πλευρά ζητώντας να συνοδεύσουν το παιδί τους περισσότερο μέλη, όπως οι γονείς, γιαγιάδες και παππούδες, οδηγούν στην εκδήλωση σκηνικών σύγκρουσης και έντονης λογομαχίας<sup>179</sup>.

Όσον αφορά στην παρακολούθηση κατά την εγκυμοσύνη το 55,6% των γυναικών απαντούν ότι έλαβαν παρακολούθηση και ο κυριότερος φορέας στον οποίο πραγματοποιήθηκε είναι το δημόσιο νοσοκομείο (43,3%). Οι περισσότερες γυναίκες ανέφεραν ότι παρακολουθούνταν από το γιατρό κάθε μήνα, ενώ οι περισσότερες έκαναν κάθε μήνα και εξετάσεις με κυριότερο φορέα το δημόσιο νοσοκομείο στο οποίο πραγματοποιούνται και οι περισσότεροι τοκετοί. Στα πλαίσια μιας άλλης έρευνας βασισμένης αποκλειστικά σε συνεντεύξεις με τσιγγάνους και τσιγγάνες διαφόρων περιοχών προκύπτουν ανάλογα συμπεράσματα. Σε σχετικές ερωτήσεις αποκλειστικά σε τσιγγάνες δόθηκαν οι εξής απαντήσεις: το 96% δηλώνει ως τόπο τοκετού το Νοσοκομείο και το 46% παρακολουθούνταν από γιατρό του Νοσοκομείου, το 20% από ιδιώτη γιατρό και το 32% δεν είχε καμία παρακολούθηση<sup>180</sup>. Συχνά οι Ρομ βιώνουν το διαχωρισμό και την άρνηση στην παροχή υπηρεσιών υγείας, γεγονός το οποίο αποτελεί παράγοντα δυσπιστίας για τους Ρομ. Το αρνητικό αυτό αντίκτυπο επηρεάζει πολύ περισσότερο τις γυναίκες Ρομ, οι οποίες είναι αυτές που έρχονται σε συχνότερη επαφή με τις υπηρεσίες υγείας<sup>181</sup>. Ενδεικτικά, αξίζει να αναφερθεί ότι παρόλο που συνήθως οι τσιγγάνες γεννούν σε ένα δημόσιο νοσοκομείο δεν είναι σχεδόν ποτέ πρόθυμες να αναπτύξουν μία σταθερή σχέση με το προσωπικό των κλινικών μετά τη γέννα. Όσον αφορά στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ένα μικρό ποσοστό των εγκύων υποβάλλεται σε προγεννητικό ιατρικό

---

<sup>179</sup> Τσάφου, Μ., (2007)

<sup>180</sup> Δειγματοληπτική έρευνα ΔΙΚΤΥΟ ΡΟΜ (2001)

<sup>181</sup> ΔΙΚΑΔΙ (2003) Για το θέμα βλ. σχετικά: [www.dikadi-rom.gr](http://www.dikadi-rom.gr) [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]



έλεγχο σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε από την «Εύξεινη Πόλη» ανάμεσα σε επαγγελματίες της υγείας. Στην παρούσα έρευνα φαίνεται ότι υπάρχει μια βελτίωση ανάμεσα στη σχέση των Τσιγγάνων γυναικών και του ιατρικού προσωπικού και αυτό δείχνει ότι οι γυναίκες Τσιγγάνες είναι πιο ευαισθητοποιημένες σε θέματα υγείας και κυρίως για την εγκυμοσύνη.

Σχετικά με το αν θέλουν να αποκτήσουν άλλα παιδιά το 64,4% των γυναικών απαντούν ότι δεν θέλουν, παρόλα αυτά όμως το 70% των γυναικών απαντούν ότι δεν παίρνουν κάποια αντισύλληψη. Ο κυριότερος τρόπος αντισύλληψης είναι το προφυλακτικό, με ποσοστό 14,4% και ακολουθεί η στείρωση. Ο ορισμός της αναπαραγωγής και σεξουαλικής υγείας αποτελεί μια κατάσταση απόλυτης φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας, με σκοπό την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής και προσωπικών σχέσεων<sup>182</sup>. Στην περίπτωση των Τσιγγάνων γυναικών στην αναπαραγωγή και σεξουαλική τους υγεία υπάρχει μεγάλη κατάχρηση και αυτό οφείλεται σε όλες τις άμεσες και έμμεσες διακρίσεις που δέχονται. Η έλλειψη ενημέρωσης και πρόσβασης στη χρήση αντισυλληπτικών και άλλων μεθόδων αντισύλληψης οδηγούν σε εφηβικές εγκυμοσύνες, οι οποίες τις περισσότερες φορές είναι ανεπιθύμητες. Επίσης, συχνά αντιμετωπίζουν το κίνδυνο των αμβλώσεων, ενώ πολύ υψηλά είναι και τα επίπεδα των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Το κύριο μέσο αντισύλληψης και αυτό που γίνεται περισσότερο αντιληπτό είναι το προφυλακτικό. Οι περισσότερες γυναίκες Ρομά δεν γνωρίζουν για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Το ποσοστό των κυήσεων είναι πολύ υψηλό, όπως και τα ποσοστά εκτρώσεων, ενώ η υπερβολικά μικρή μέση ηλικία της πρώτης εγκυμοσύνης στις γυναίκες Ρομά τις εκθέτει σε μεγάλους κινδύνους<sup>183</sup>

Όσον αφορά στις προληπτικές εξετάσεις, το 78,9% απαντά ότι δεν έχει κάνει ΤΕΣΤ ΠΑΠ και το 81,1% απαντά ότι δεν έχει κάνει ποτέ μαστογραφία, ενώ η πλειοψηφία των γυναικών απαντούν ότι δεν γνωρίζουν την αυτοεξέταση του μαστού. Τα παραπάνω αποτελέσματα μπορούν να επιβεβαιωθούν από έρευνα που έχει γίνει στην Επαρχία του Νέστου, όπου το 63,5% των γυναικών δεν έχει κάνει ποτέ ΤΕΣΤ

---

<sup>182</sup> Παγκόσμια Διάσκεψη για Γυναίκες. Πεκίνο, Κίνα 4-15 Σεπτεμβρίου 1995

<sup>183</sup> European Public Health Alliance (2009) Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://www.epha.org/a/3980> [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]

ΠΑΠ. Επίσης, το ποσοστό που αναφέρει ότι δεν έχει κάνει ποτέ μαστογραφία μεγαλώνει φτάνοντας στο 91,4%<sup>184</sup>.

Σύμφωνα με μελέτη του Δικτύου Ρομ προέκυψε ότι το 60% των γυναικών γνωρίζει τι είναι το Τεστ-Παπ και οι μισές το έχουν κάνει τουλάχιστον μία φορά, τη μαστογραφία γνωρίζει το 45% και την έχει κάνει μόνο το 10%. Η σχέση μεταξύ αναπαραγωγής και σεξουαλικής πράξης, που είναι ένα θέμα ταμπού ειδικά για τις γυναίκες, σημαίνει πως η παρακολούθηση και οι προληπτικές δράσεις σχετικά με τα γυναικολογικά θέματα, περιορίζονται στην εγκυμοσύνη και τη γέννα. Είναι φανερό ότι δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση και ευαισθητοποίηση σε θέματα πρόληψης, όπως είναι οι γυναικολογικές εξετάσεις κι αυτό φαίνεται από τη μειωμένη συμμετοχή των Αθίγγανων στα προγράμματα Αγωγής Υγείας ή ακόμα και άρνηση να συμμετάσχουν. Αξίζει να αναφερθεί ότι όταν υλοποιείται-πραγματοποιείται κάποιο πρόγραμμα-δράση Αγωγής Υγείας από την Κοινότητα (π.χ. δήμος Αλικαρνασσού), δείχνουν μειωμένο ενδιαφέρον, γιατί κάποιες φορές δεν καταλαβαίνουν τα όσα διαδραματίζονται ή εμφορούνται από κάποιου είδους καχυποψία για τους σκοπούς της κρατικής δράσης<sup>185</sup>

Όσον αφορά στη διατροφή των Τσιγγάνων γυναικών φαίνεται ότι το μη σπιτικό φαγητό είναι μέσα στην καθημερινότητά τους, μιας και το 35,6% αναφέρει ότι τρώει κάθε 15 μέρες, όπως 1 με 2 φορές την εβδομάδα αναφέρει το 33,3%. Η σαλάτα και τα φρούτα βρίσκονται σχεδόν καθημερινά στη διατροφή τους με ποσοστά αντίστοιχα 47,8% και 46,7%. Το άσπρο και κόκκινο κρέας βρίσκεται σχεδόν στην καθημερινή διατροφή των γυναικών με ποσοστά 36,7% και 28,9%. Αντίθετα, το ψάρι, τα όσπρια και τα γαλακτοκομικά είναι τροφές που δεν συνηθίζουν να τρώνε μιας και τα αποτελέσματα αναφέρουν ότι το 60% τρώνε ψάρι 1 φορά στις 15 μέρες, όπως και τα όσπρια σε ποσοστό 50% και τα γαλακτοκομικά με 43,3%. Μία με τρεις φορές την εβδομάδα το 66,7% των γυναικών αναφέρουν ότι πίνουν αλκοόλ και συγκεκριμένα το 74,4% πίνει μύρα. Το ποσοστό το οποίο αναφέρεται στη χρήση αλκοόλ είναι αρκετά μεγάλο. Το ποσοστό αυτό μπορεί να οφείλεται και στον τρόπο διασκέδασης των Τσιγγάνων. Το τραγούδι και ο χορός είναι τρόπος έκφρασης και

---

<sup>184</sup> Παπάς, Ν., (1/8/2007) Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://www.nelekav.gr> ) [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]

<sup>185</sup> European Public Health Alliance(2009) Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://www.epha.org/a/3980> [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]

διασκέδασης για τους Ρομ. Συχνά μαζεύονται στις παράγκες και γλεντάνε βάζοντας τραγούδια, χορεύοντας και πίνοντας ποτό. Συνήθως πίνουν σπίτι την ώρα του φαγητού με παρέα και οι περισσότεροι στις γιορτές και στις κοινωνικές εκδηλώσεις. Άλλωστε, αυτό φαίνεται να επιβεβαιώνεται στην παρούσα έρευνα, μιας και το 10% των γυναικών αναφέρουν ότι πίνουν μόνο στις γιορτές.

Επίσης, η χρήση αλκοόλ μπορεί να οφείλεται και στην κοινωνικοοικονομική θέση τους, καθώς πάντα στα χαμηλότερα στρώματα παρατηρείται η χρήση, εξαιτίας της άσχημης κατάστασης, στην οποία βρίσκονται. Γενικά, κοινωνικοί παράγοντες κατά τη διάρκεια της ζωής κάποιου, όπως είναι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, η μη ιδιοκτησία στέγης, η ανεργία, οι επισφαλείς εργασιακές σχέσεις, οι αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις και η μοναχική διαβίωση έχουν συνδεθεί με χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών<sup>186</sup>. Ο λόγος που οι Ρομ τρώνε τόσο συχνά φρούτα οφείλεται στο γεγονός ότι το εμπόριο φρούτων και λαχανικών είναι το βασικό τους επάγγελμα και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να εξασφαλίζουν καθημερινά φρούτα για κατανάλωση. Από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι οι Τσιγγάνες τρώνε πολύ συχνά κρέας και φαγητό έτοιμο.

Αντίστοιχη έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί σε καταυλισμό της Καβάλας δείχνει ότι το 44% τρώει κόκκινο κρέας λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα, όπως το 66% αναφέρει ότι τρώει 1 φορά την εβδομάδα λευκό κρέας. Το 74% των ερωτώμενων τρώνε σχεδόν καθημερινά γαλακτοκομικά, όπως και φρούτα 63%. Επίσης, το 38,5% αναφέρει ότι τρώει κάτι μη σπιτικό λιγότερο από 2 φορές την ημέρα<sup>187</sup>. Άλλη μια έρευνα αναφέρει ότι η διατροφή, η οποία αποτελεί και αυτή σημαντικό μέρος για την υγεία ενός ατόμου, φαίνεται να περιέχει κυρίως ψωμί, γάλα για τα παιδιά, πατάτες και φρούτα<sup>188</sup>. Και οι δύο αυτές έρευνες έρχονται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

Όσον αφορά στην ικανοποίηση των γυναικών από τις υπηρεσίες υγείας, το μεγαλύτερο ποσοστό δείχνει να είναι ευχαριστημένο (46,7%) και ένα μικρότερο ποσοστό να είναι λιγότερο ευχαριστημένο (33,3%). Οι κυριότερες αιτίες που δεν

---

<sup>186</sup> Τριανταφυλλιά, Χ., (18/10/2010) Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://e-psychology.gr> [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]

<sup>187</sup> Παπάς, Ν., (1/8/2007) Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://www.nelekav.gr> [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]

<sup>188</sup> Δειγματοληπτική έρευνα ΔΙΚΤΥΟ ΡΟΜ (2001)

ικανοποιούνται οι γυναίκες από τις υπηρεσίες υγείας είναι επειδή θεωρούν ότι δεν τις εξυπηρετούν λόγω καταγωγής (16,7%) και επειδή δεν έχουν ασφάλιση και πρέπει να πληρώνουν (10%). Στη μελέτη που εκπόνησε το Κέντρο Πληροφόρησης και Υποστήριξης η "Εύξεινη Πόλη", εκτιμάται ότι σε γενικές γραμμές οι βασικοί λόγοι, για τους οποίους οι Ρομ δεν επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων, είναι η δυσπιστία απέναντι στις υπηρεσίες υγείας, η μη ιδιαίτερα φιλική υποδοχή, η προκατάληψη και η άγνοια σε σχέση με τα κοινωνικά τους δικαιώματα. Οι λόγοι αυτοί αποτελούν παράγοντες που συντείνουν σε μία διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού με ανυπολόγιστες συνέπειες για τη σωματική και ψυχική υγεία των τσιγγάνων<sup>189</sup>. Ένα πολύ ενθαρρυντικό γεγονός είναι ότι η σχέση των Ρομ με το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας, καταγράφει μια βελτίωση ως προς την αποδοχή των Ρομ, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι οι διακρίσεις έχουν επαλειφθεί<sup>190</sup>.

Όσον αφορά στις συνθήκες διαβίωσης, οι περισσότερες Τσιγγάνες μένουν σε πρόχειρες κατασκευές (78,9%), ενώ στον καταυλισμό δεν υπάρχει ηλεκτροδότηση, υδροδότηση και διαμορφωμένοι δρόμοι. Η ατομική υγιεινή πραγματοποιείται στην αυλή (44,4%) και πίνουν εμφιαλωμένο νερό. Το 70% δεν έχει αποχέτευση και σε ποσοστό 44,4% εξυπηρετούνται στα χωράφια, ενώ για θέρμανση χρησιμοποιούν ξυλόσομπες. Η πλειοψηφία των γυναικών (71,1%) αναφέρουν ότι δεν είναι ευχαριστημένες από την κατοικία τους και το 77,8% αναφέρει ότι θέλουν να αλλάξουν οι συνθήκες διαβίωσής τους. Μια σημαντική παρατήρηση είναι ότι 18,9% των Τσιγγάνων γυναικών του καταυλισμού δεν θέλουν να αλλάξουν τίποτα στον τρόπο διαβίωσής τους.

Σύμφωνα με την Ένωση Πολιτών κατά του ρατσισμού και της ξενοφοβίας, ο καταυλισμός της νέας Αλικαρνασσού είναι ένας οικισμός παράγκας χωρίς νερό, χωρίς φως, χωρίς αποχέτευση, χωρίς συστηματική αποκομιδή σκουπιδιών. Η ύδρευση γίνεται από μια παράνομη παροχή και η ποιότητα του νερού είναι πάρα πολύ άσχημη και επιβλαβής για την υγεία των κατοίκων. Επίσης, η ηλεκτροδότηση γίνεται παράνομα κλέβοντας ρεύμα από τις κολώνες της Δ.Ε.Η., που βρίσκονται στην περιοχή. Αυτές οι συνθήκες διαβίωσης αποτελούν προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση πολλών σοβαρών ασθενειών, ενώ η κατάσταση επιδεινώνεται με τα

---

<sup>189</sup> Καψάλης, Α., (2003)

<sup>190</sup> Τσάφου, Μ., (2007)

καιρικά φαινόμενα το χειμώνα<sup>191</sup>. Τους ανθρώπους αυτούς τους μαστίζει η ανεργία, η ανέχεια, καθώς και πλήθος άλλων σοβαρών προβλημάτων: αλκοολισμός, ναρκωτικά, σοβαρές σωματικές και ψυχικές ασθένειες, έλλειψη στοιχειωδών συνθηκών υγιεινής και περίθαλψης, κ.λπ. Οι κάτοικοι στον καταυλισμό διαμένουν απέναντι από τα Σφαγεία μέσα σε συνθήκες ρύπανσης και ψύχους, το οποίο είναι ιδιαίτερα έντονο τη νύχτα, λόγω της κοντινής απόστασης της θάλασσας. Οι άθλιες συνθήκες διαβίωσης δημιουργούν τις προϋποθέσεις για την εμφάνιση επικίνδυνων ασθενειών. Τα κρούσματα ηπατίτιδας στον καταυλισμό της Ν. Αλικαρνασσοῦ είναι πολλά και είναι αναπόφευκτο να συνεχίζουν να εμφανίζονται, όταν διατηρούνται εστίες μόλυνσης και δεν πραγματοποιείται ο εμβολιασμός των παιδιών. Τα σκορπισμένα απορρίμματα γίνονται εστία μόλυνσης, που μπορεί να προκαλέσει λοιμώδεις ασθένειες<sup>192</sup>.

### 6.1.3. Συζήτηση συσχετίσεων

Με βάση τα ερευνητικά μας ερωτήματα που είχαμε θέσει για τη συγκεκριμένη εργασία-έρευνα, εξετάσαμε τις απαντήσεις του δείγματός μας με διάφορες μεταβλητές, οι οποίες αναφέρονται σε κάθε ερώτημα χωριστά, για να διαπιστώσουμε τυχόν συσχετίσεις που μπορούν να απαντήσουν στα ερευνητικά μας ερωτήματα.

Τα ερευνητικά μας ερωτήματα είναι τα εξής:

1. Ποια είναι τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι Τσιγγάνες γυναίκες;
2. Οι συνθήκες διαβίωσης των Τσιγγάνων γυναικών του καταυλισμού Νέας Αλικαρνασσοῦ επηρεάζουν την υγεία τους και αν ναι πόσο ή με ποιο τρόπο;
3. Ποιος είναι ο βαθμός συσχέτισης του εκπαιδευτικού επιπέδου των Τσιγγάνων γυναικών του καταυλισμού Νέας Αλικαρνασσοῦ με την υγεία;
4. Πόσο επηρεάζει η διατροφή των Τσιγγάνων γυναικών του καταυλισμού Νέας Αλικαρνασσοῦ την υγεία;

---

<sup>191</sup> Δόγκα, Σ., και Τσαουσίδου, Δ., (2008)

<sup>192</sup> Οικονόμου, Α., (2006)

5. Υπάρχει διαφορά στο επίπεδο υγείας των Τσιγγάνων γυναικών του καταυλισμού (Χαλκιδάιοι και Πελοποννήσιοι)
6. Αντιμετωπίζουν προβλήματα στην πρόσβασή τους στην υγεία και αν ναι ποια είναι αυτά;

Στη συνέχεια αναλύονται: οι μεταβλητές και οι ερωτήσεις που συσχετίστηκαν για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα.

### 1. Ποια είναι τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι Τσιγγάνες γυναίκες;

Οι Τσιγγάνες γυναίκες αντιμετωπίζουν τα εξής προβλήματα υγείας.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 8:

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΝΑΙ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	18,9%
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	26,7%
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	12,2%
ΑΛΛΕΡΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	15,6%
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	17,8%
ΑΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	17,7%
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	23,3%

Παρατηρώντας τα στοιχεία του πίνακα 16 διαπιστώνουμε ότι η υγεία των Τσιγγάνων γυναικών του καταυλισμού έχει υποστεί σοβαρές επιπτώσεις σε πολλούς τομείς. Αντιμετωπίζουν πολλών ειδών προβλήματα, από τα οποία το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνουν τα γυναικολογικά (26,7%) και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής (23,3%), χωρίς να λείπουν τα παθολογικά (18,9%), τα ψυχολογικά (17,8%), τα αλλεργικά (15,6%), τα δερματολογικά (12,2%), και άλλα (17,7%) και αυτό είναι

αποτέλεσμα του τρόπου ζωής τους. Έναν τρόπο ζωής τον οποίο δεν έχουν διαλέξει, αλλά δεν τους δίνεται και η δυνατότητα να τον αλλάξουν ή έστω να τον βελτιώσουν.

Όπως έχει επιβεβαιωθεί από έρευνες, η κατάσταση της υγείας των Τσιγγάνων γυναικών είναι επιβαρυνμένη λόγω όλων των στερήσεων και των άσχημων συνθηκών που βιώνουν καθημερινά. Η απουσία αγωγής υγείας ή και η μη συμμετοχή τους στα σχετικά προγράμματα έχουν ως αποτέλεσμα την ενδημικότητα κάποιων αρρωστιών στις κοινότητές τους. Ο αποκλεισμός τους από σημαντικούς τομείς στην ζωή ενός ανθρώπου όπως η εκπαίδευση και η υγεία, οδηγεί στην παραμέληση της υγείας τους. Σύμφωνα με έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί από το ΔΙΚΤΥΟ POM, οι συνηθέστερες παθήσεις είναι:

5. καρδιοπάθειες (18,1%)
6. αναπνευστικό (άσθμα 13,9%)
7. ψυχικές ασθένειες (μελαγχολία-κατάθλιψη 12,1%)
8. νευρολογικές ασθένειες (επιληψία 6,8%)

## **2. Οι συνθήκες διαβίωσης των Τσιγγάνων γυναικών του καταυλισμού Νέας Αλικαρνασσού επηρεάζουν την υγεία τους και αν ναι πόσο ή με ποιο τρόπο;**

Οι μεταβλητές στην πρώτη συσχέτιση είναι πέντε και για το λόγο αυτό θα γίνει η συσχέτιση που αφορά στις συνθήκες διαβίωσης των Τσιγγάνων γυναικών και την υγεία και με τις πέντε αυτές μεταβλητές.

Η πρώτη συσχέτισή μας θα γίνει με τις μεταβλητές «τύπος κατοικίας», «από πού προμηθεύονται το νερό», «πού αποθηκεύουν τα τρόφιμα», «αν υπάρχει αποχετευτικό σύστημα», γιατί αυτές είναι που αναφέρονται στις συνθήκες διαβίωσης και σχετίζονται με την υγεία των γυναικών και τις ερωτήσεις «έχετε κάποιο παθολογικό πρόβλημα;», «έχετε κάποιο γυναικολογικό πρόβλημα;», «έχετε κάποιο δερματολογικό πρόβλημα;», «έχετε κάποιο αλλεργικό πρόβλημα;», «έχετε κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα;», «έχετε άλλα προβλήματα υγείας;», «παίρνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή;», γιατί με αυτές τις ερωτήσεις θα φανούν τα ακριβή προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9: τύπος κατοικίας και η υγεία των γυναικών.**

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	X <sup>2</sup>	df	P
-----------	----------------	----	---

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	3,786	3	0,285
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	0,862	3	0,835
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	1,485	3	0,686
ΑΛΛΕΡΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	7,341	3	0,062
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	5,764	3	0,124
ΑΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	1,587	3	0,662
ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ	9,971	3	0,019

**ΠΙΝΑΚΑΣ 10: προμήθεια νερού και η υγεία των Τσιγγάνων γυναικών.**

ΕΡΩΤΗΣΗ	Χ2	df	p
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	1,862	1	0,172
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	1,021	1	0,312
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	3,344	1	0,067
ΑΛΛΕΡΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	0,421	1	0,517
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	0,511	1	0,475
ΑΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	0,409	1	0,522
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	0,623	1	0,430



**ΠΙΝΑΚΑΣ 11: η αποθήκευση των τροφίμων και η υγεία των γυναικών.**

ΕΡΩΤΗΣΗ	X <sup>2</sup>	df	P
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	8,046	2	0,018
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	3,111	2	0,211
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	2,115	2	0,347
ΑΛΛΕΡΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	10,622	2	0,005
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	3,688	2	0,158
ΑΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	4,976	2	0,083
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	5,782	2	0,056

**ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Αποχρεωτικό σύστημα και η υγεία των Τσιγγάνων γυναικών.**

ΕΡΩΤΗΣΗ	X <sup>2</sup>	df	P
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	0,116	1	0,733
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	0,505	1	0,477
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	0,612	1	0,434
ΑΛΛΕΡΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	0,718	1	0,397
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	3,095	1	0,079
ΑΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	0,095	1	0,758
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	6,534	1	0,011

Παρατηρώντας τα στοιχεία των Πινάκων 9,10,11,12 διαπιστώνουμε ότι η μηδενική υπόθεση, δηλαδή ότι οι συνθήκες διαβίωσης επηρεάζουν την υγεία των Τσιγγάνων γυναικών, δεν μπορεί να απορριφθεί από όλες τις ερωτήσεις.

Εξαίρεση αποτελεί η μεταβλητή «ο τύπος κατοικίας» και η ερώτηση «αν λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή», όπου η μηδενική υπόθεση μπορεί να απορριφθεί καθώς το P του ελέγχου  $\chi^2$  είναι  $0,019 < 0,05$ , κάτι που σημαίνει ότι ο τύπος κατοικίας επηρεάζει την υγεία των γυναικών. Επίσης, η μηδενική υπόθεση μπορεί να απορριφθεί και στην μεταβλητή «τρόπος αποθήκευσης των τροφίμων» με τις ερωτήσεις «αν αντιμετωπίζουν παθολογικά προβλήματα υγείας» και «αν αντιμετωπίζουν αλλεργικά προβλήματα υγείας» καθώς το P του ελέγχου  $\chi^2$  είναι  $0,018 < 0,05$  και  $0,005 < 0,05$  αντίστοιχα, κάτι που σημαίνει ότι ο τρόπος αποθήκευσης των τροφίμων επηρεάζει άμεσα την υγεία των γυναικών. Τέλος, η μηδενική υπόθεση μπορεί να απορριφθεί και στην μεταβλητή «αν υπάρχει αποχετευτικό σύστημα» και την ερώτηση «αν λαμβάνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή», όπου το P του ελέγχου  $\chi^2$  είναι  $0,011 < 0,05$ , γεγονός που δείχνει ότι η έλλειψη αποχετευτικού συστήματος προκαλεί προβλήματα στην υγεία των γυναικών αυτών.

Από τα παραπάνω αποτελέσματα προκύπτει ότι οι συνθήκες διαβίωσης επηρεάζουν την υγεία των γυναικών. Συγκεκριμένα, ο τύπος κατοικίας, όπου κυριαρχεί κυρίως η παράγκα, φαίνεται ότι επηρεάζει στον τρόπο που οι γυναίκες λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή. (το P του ελέγχου  $\chi^2$  είναι  $0,019 < 0,05$ ). Το νερό δεν επηρεάζει την υγεία των γυναικών και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι περισσότερες πίνουν εμφιαλωμένο νερό, ενώ αντίθετα η αποθήκευση των τροφίμων τις επηρεάζει σημαντικά προκαλώντας παθολογικά και αλλεργικά προβλήματα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι δεν έχουν όλες οι οικογένειες ψυγείο για να διατηρήσουν τα τρόφιμά τους, ενώ αυτές που διαθέτουν δεν έχουν πάντα ρεύμα με αποτέλεσμα τα τρόφιμα να αλλοιώνονται, να χαλάνε και να επιβαρύνουν την υγεία των γυναικών.

Η πλειοψηφία των ερευνών και των εκθέσεων που έχουν πραγματοποιηθεί και αφορούν την ελληνική πραγματικότητα, συγκλίνουν στο εύρημα ότι οι συνθήκες διαβίωσης επηρεάζουν την υγεία των Τσιγγάνων γυναικών. Οι συνθήκες στέγασης και υγιεινής στον καταυλισμό μπορούν να χαρακτηριστούν ως απαράδεκτες. Ο καταυλισμός, αποτελείται από παράγκες με νάιλον και δεν διαθέτει νερό και φως. Οι λιγοστοί κάδοι απορριμμάτων δεν επαρκούν, ούτε γίνεται έγκαιρη αποκομιδή των σκουπιδιών, με αποτέλεσμα οι καταυλισμοί να μετατρέπονται σε σκουπιδότοπους. Οι

άθλιες συνθήκες διαβίωσης δημιουργούν προϋποθέσεις για την εμφάνιση επικίνδυνων ασθενειών. Διεθνής έρευνα των Γιατρών του Κόσμου (Πρόγραμμα ROMEUROPE, Medecins du Monde, Juin 1999) σε χώρες της Ευρώπης συσχετίζει άμεσα τις απεχθείς συνθήκες διαβίωσης στους καταυλισμούς με την προβληματική υγεία των σκηνιτών. Η συγκεκριμένη έρευνα ανέδειξε τα ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά των Ρομ, που είναι φορείς ηπατίτιδας Α και Β μορφής. Η πρόσβαση των Ρομ στο σύστημα υγείας είναι σχεδόν μηδαμινή. Οι Γιατροί του Κόσμου διαπίστωσαν παντελή έλλειψη παροχής πρώτων βοηθειών, έλλειψη εμβολιασμών και ιατρικής πληροφόρησης<sup>193</sup>. Τα κρούσματα ηπατίτιδας στον καταυλισμό της Ν. Αλικαρνασσού είναι πολλά και είναι αναπόφευκτο να συνεχίζουν να εμφανίζονται, όταν διατηρούνται εστίες μόλυνσης και δεν πραγματοποιείται ο εμβολιασμός των παιδιών, ενώ τα σκορπισμένα απορρίμματα γίνονται εστία μόλυνσης, που μπορεί να προκαλέσει λοιμώδεις ασθένειες<sup>194</sup>.

### **3. Ποιος είναι ο βαθμός συσχέτισης του εκπαιδευτικού επιπέδου των Τσιγγάνων γυναικών του καταυλισμού Νέας Αλικαρνασσού με την υγεία;**

Οι μεταβλητές στη δεύτερη συσχέτιση είναι, «γνωρίζετε να γράφετε», «γνωρίζετε να διαβάζετε», «είστε απόφοιτοι», και τις ερωτήσεις «έχετε εμβολιαστεί», «λόγος που δεν έγινε εμβολιασμός», «όταν έχετε πρόβλημα υγείας πηγαίνετε στο Ιατροκοινωνικό», «κάνετε εξετάσεις κατά την κύηση», «θέλετε να κάνετε άλλα παιδιά». Επίσης, η μεταβλητή «έχετε παρακολουθήσει προγράμματα υγείας» και οι ερωτήσεις «έχετε εμβολιαστεί», «κάθε πότε κάνετε οδοντιατρικό έλεγχο», «φορέας παρακολούθησης εγκυμοσύνης», «από ποιον ενημερωθήκατε για το θηλασμό», «ακολουθείτε μέθοδο αντισύλληψης», «έχετε κάποιο παθολογικό πρόβλημα;», «έχετε κάποιο αλλεργικό πρόβλημα;», «έχετε κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα;».

**ΠΙΝΑΚΑΣ 13:** αν η γνώση γραφής επηρεάζει την υγεία των γυναικών

ΕΡΩΤΗΣΗ	X <sup>2</sup>	Df	p
---------	----------------	----	---

<sup>193</sup> Σύμπραξη οργανώσεων για τα δικαιώματα των σκηνιτών Ρομά στην Ελλάδα, (1999)

<sup>194</sup> Οικονόμου, Α., (2006)

ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙ	10,104	2	0,006
ΛΟΓΟΙ ΜΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ	18,552	2	0,000
ΟΤΑΝ ΑΡΡΩΣΤΑΙΝΕΤΕ ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΣΤΟ ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ	10,189	2	0,006
ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ	5,069	2	0,079
ΘΕΛΕΤΕ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΑΛΛΑ ΠΑΙΔΙΑ	10,074	2	0,006

**ΠΙΝΑΚΑΣ 14:** αν η γνώση ανάγνωσης επηρεάζει την υγεία των γυναικών

ΕΡΩΤΗΣΗ	X <sup>2</sup>	Df	P
ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ	14,470	2	0,001
ΛΟΓΟΣ ΜΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ	38,000	2	0,000
ΟΤΑΝ ΑΡΡΩΣΤΑΙΝΕΤΕ ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΣΤΟ ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ	6,133	2	0,047
ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ	12,057	2	0,002
ΘΕΛΕΤΕ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΑΛΛΑ ΠΑΙΔΙΑ	11,446	2	0,003

**ΠΙΝΑΚΑΣ 15:** αν η αποφοίτηση από κάποια εκπαιδευτική βαθμίδα επηρεάζει την υγεία των γυναικών.

ΕΡΩΤΗΣΗ	X <sup>2</sup>	Df	P
ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ	14,833	3	0,002
ΛΟΓΟΙ ΜΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ	38,962	3	0,000
ΟΤΑΝ ΑΡΡΩΣΤΑΙΝΕΤΕ, ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΣΤΟ ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ	4,587	3	0,205
ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ	13,457	3	0,004
ΘΕΛΕΤΕ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΑΛΛΑ ΠΑΙΔΙΑ	18,351	3	0,000

**ΠΙΝΑΚΑΣ 16:** αν η παρακολούθηση κάποιου προγράμματος υγείας επηρεάζει την υγεία των γυναικών.

ΕΡΩΤΗΣΗ	X <sup>2</sup>	Df	P
ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ	0,163	1	0,686
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	15,665	1	0,000
ΦΟΡΕΑΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	6,637	2	0,036
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ	6,777	2	0,034
ΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΕ ΜΕΘΟΔΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ	5,097	1	0,024
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	11,021	1	0,001

ΑΛΛΕΡΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	14,521	1	0,000
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	9,375	1	0,002

Παρατηρώντας τα στοιχεία των Πινάκων 13,14,15,16 διαπιστώνουμε ότι η μηδενική υπόθεση, δηλαδή ότι η εκπαίδευση δεν επηρεάζει την υγεία των Τσιγγάνων γυναικών, μπορεί να απορριφθεί σχεδόν από όλες τις ερωτήσεις.

Εξάιρεση αποτελεί η μεταβλητή «είστε απόφοιτοι» και η ερώτηση «όταν αρρωσταίνετε, πηγαίνετε στο Ιατροκοινωνικό;», όπου η μηδενική υπόθεση δεν μπορεί να απορριφθεί καθώς το P του ελέγχου  $\chi^2$  είναι  $0,205 > 0,05$ . Επίσης, η μεταβλητή «αν έχετε παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα υγείας» και η ερώτηση «έχετε εμβολιαστεί» δεν μπορεί να απορριφθεί, καθώς το P του ελέγχου  $\chi^2$  είναι  $0,686 > 0,05$ . Αντίθετα, όλες οι άλλες μεταβλητές μπορούν να απορριφθούν καθώς το P του ελέγχου  $\chi^2$  είναι μικρότερο του 0,05.

Από τα παραπάνω αποτελέσματα προκύπτει ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο επηρεάζει σημαντικά την υγεία των γυναικών. Η έλλειψη γνώσης γραφής (78,9%), η έλλειψη γνώσης ανάγνωσης (74,4%) και η μη αποφοίτηση από κάποια εκπαιδευτική βαθμίδα φαίνεται ότι επηρεάζει σημαντικά σε θέματα υγείας, όπως είναι ο εμβολιασμός, η παρακολούθηση κατά την εγκυμοσύνη κ.τ.λ. Επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό, γιατί δεν μπορούν να διαβάσουν και να ενημερωθούν για τη σημασία και τη σπουδαιότητα του εμβολιασμού, ούτε για την σημασία της παρακολούθησης μιας εγκυμοσύνης. Η έλλειψη γνώσης γραφής επηρεάζει, καθώς δεν μπορούν να συμπληρώσουν έγγραφα, τα οποία είναι απαραίτητα για τον εμβολιασμό τόσο των ίδιων, όσο και των παιδιών τους και γενικότερα η έλλειψη της φοίτησής τους στο σχολείο αποτελεί παράγοντα αποκλεισμού από την υγεία. Σημαντική είναι η παρακολούθηση προγραμμάτων υγείας, όπου η ενημέρωση που γίνεται στις γυναίκες τους παρέχει πληροφορίες που οι ίδιες δεν μπορούν να λάβουν λόγω του χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου.

Ο ακριβής υπολογισμός του αναλφαβητισμού των Τσιγγάνων είναι δύσκολη υπόθεση. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, το ποσοστό αναλφαβητισμού των Τσιγγάνων

φτάνει στο 80-90% σε ορισμένες περιοχές<sup>195</sup>. Στην έρευνα των Μ. Παυλή και Α. Σιδέρη διαφάνηκε ότι την Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση ολοκλήρωσε το 6,52% των αντρών της Κάτω Αχαΐας και καμία γυναίκα. Αντίθετα, στην Αγία Βαρβάρα φοιτούσαν το 20% των αντρών και το 22,07% των γυναικών. Κανένας άντρας στην Κάτω Αχαΐα δεν φοίτησε στην Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, ενώ στην Αγία Βαρβάρα ένα ποσοστό 13,34% φτάνει μέχρι και την τρίτη τάξη του Γυμνασίου<sup>196</sup>. Ανάμεσα στον Τσιγγάνικο πολιτισμό και το σχολείο υπάρχει μια ασυμβίβαστη σχέση η οποία αποτελεί και την κυριότερη αιτία για τον αναλφαβητισμό στους Τσιγγάνους. Σημαντική αιτία όπου οι Τσιγγάνοι δεν πηγαίνουν σχολείο είναι ο φόβος μην χάσουν την πολιτισμική τους ταυτότητα. Αυτή είναι μια αντίληψη η οποία έχει επικρατήσει όμως δεν αντιπροσωπεύει την ακριβή αλήθεια. Ο πραγματικός λόγος είναι ο εκπαιδευτικός θεσμός, ο οποίος δεν πείθει τους Τσιγγάνους ότι μπορεί να τους προσφέρει βελτίωση στο τρόπο ζωής τους. Αντίθετα, οι Ρομ νοιώθουν ότι το σχολείο είναι ένα μέσω αφομοίωσής τους, γεγονός που αποτελεί απειλή για τον πολιτισμό τους και τις αξίες τους<sup>197</sup>.

#### **4. Πόσο επηρεάζει η διατροφή των Τσιγγάνων γυναικών του καταυλισμού Νέας Αλικαρνασσού την υγεία;**

Οι μεταβλητές στην τρίτη συσχέτιση είναι «κάθε πότε τρώτε κάτι μη σπιτικό», «κάθε πότε τρώτε σαλάτα», «κάθε πότε τρώτε φρούτα», «κάθε πότε τρώτε γαλακτοκομικά», «κάθε πότε πίνετε αλκοόλ» και τις ερωτήσεις «έχετε κάποιο παθολογικό πρόβλημα;», «έχετε κάποιο γυναικολογικό πρόβλημα;», «έχετε κάποιο δερματολογικό πρόβλημα;», «έχετε κάποιο αλλεργικό πρόβλημα;», «έχετε κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα;», «έχετε άλλα προβλήματα υγείας;», «παίρνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή;».

**ΠΙΝΑΚΑΣ 17:** μη σπιτικό φαγητό και υγεία

ΕΡΩΤΗΣΗ	X <sup>2</sup>	Df	P
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ	9,879	3	0,020

<sup>195</sup> Οικονόμου, Α., (2006)

<sup>196</sup> Παυλή-Κορρέ & Σιδέρη (1990: 52-3)

<sup>197</sup> Λιεζουά (1999: 215)

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ			
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	3,788	3	0,285
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	1,376	3	0,711
ΑΛΛΕΡΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	6,976	3	0,073
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	2,018	3	0,569
ΑΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	2,115	3	0,549
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	8,536	3	0,036

**ΠΙΝΑΚΑΣ 18 :** κάθε πότε τρώτε σαλάτα και υγεία

ΕΡΩΤΗΣΗ	X <sup>2</sup>	Df	P
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	6,987	3	0,072
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	11,019	3	0,009
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	0,448	3	0,930
ΑΛΛΕΡΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	11,435	3	0,010
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	0,276	3	0,964
ΑΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	4,866	3	0,182
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	4,103	3	0,251

**ΠΙΝΑΚΑΣ 19:** κάθε πότε τρώτε φρούτα και υγεία

ΕΡΩΤΗΣΗ	X <sup>2</sup>	Df	P
---------	----------------	----	---



ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	4,864	3	0,182
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	0,914	3	0,822
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	0,800	3	0,849
ΑΛΛΕΡΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	5,428	3	0,143
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	6,364	3	0,095
ΑΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	5,264	3	0,153
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	0,528	3	0,913

**ΠΙΝΑΚΑΣ 20:** κάθε πότε τρώτε γαλακτοκομικά και υγεία

ΕΡΩΤΗΣΗ	X <sup>2</sup>	Df	P
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	2,089	3	0,554
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	2,325	3	0,508
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	5,028	3	0,170
ΑΛΛΕΡΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	5,787	3	0,122
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	0,597	3	0,897
ΑΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	3,678	3	0,298
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	4,481	3	0,214

**ΠΙΝΑΚΑΣ 21:** χρήση αλκοόλ και υγεία

ΕΡΩΤΗΣΗ	Χ <sup>2</sup>	Df	P
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	11,107	4	0,025
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	10,589	4	0,032
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	3,084	4	0,450
ΑΛΛΕΡΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	14,102	4	0,007
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	9,402	4	0,051
ΑΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	2,403	4	0,662
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	4,789	4	0,310

Παρατηρώντας τα στοιχεία των πινάκων 17,18,19,20,21 διαπιστώνουμε ότι η μηδενική υπόθεση, δηλαδή ότι η διατροφή δεν επηρεάζει την υγεία των γυναικών, δεν μπορεί να απορριφθεί από όλες τις ερωτήσεις. Στη μεταβλητή «κάθε πότε τρώτε κάτι μη σπιτικό», οι ερωτήσεις οι οποίες απορρίπτουν την μηδενική υπόθεση είναι «αν έχετε παθολογικά προβλήματα» και «αν παίρνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή», καθώς το P του ελέγχου  $\chi^2$  είναι  $0,020 < 0,05$  και  $0,036 < 0,05$  αντίστοιχα, γεγονός που δείχνει ότι το μη σπιτικό φαγητό επηρεάζει την υγεία των γυναικών. Επίσης, στη μεταβλητή «κάθε πότε τρώτε σαλάτα», οι ερωτήσεις «έχετε γυναικολογικά προβλήματα» και «αντιμετωπίζετε αλλεργικά προβλήματα», απορρίπτουν τη μηδενική υπόθεση, καθώς το P του ελέγχου  $\chi^2$  είναι  $0,009 < 0,05$  και  $0,010 < 0,05$  αντίστοιχα, γεγονός που δείχνει ότι τα λαχανικά επηρεάζουν σημαντικά την υγεία των γυναικών. Στη μεταβλητή «αν πίνετε αλκοόλ», οι ερωτήσεις «αντιμετωπίζετε παθολογικά προβλήματα», «αντιμετωπίζετε γυναικολογικά προβλήματα» και «αντιμετωπίζετε αλλεργικά προβλήματα» απορρίπτουν την μηδενική υπόθεση, καθώς το P του ελέγχου  $\chi^2$  είναι  $0,025 < 0,05$ ,  $0,032 < 0,05$  και  $0,007 < 0,05$  αντίστοιχα, κάτι που σημαίνει ότι το αλκοόλ προκαλεί πολλές και σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία των γυναικών.

Από τα παραπάνω αποτελέσματα προκύπτει ότι η διατροφή επηρεάζει την υγεία των γυναικών, εμφανίζοντας διάφορα προβλήματα υγείας. Το μη σπιτικό φαγητό φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την υγεία των Τσιγγάνων γυναικών προκαλώντας παθολογικά προβλήματα, ενώ πολύ σοβαρότερες επιπτώσεις φαίνεται ότι προκαλεί η χρήση αλκοόλ προκαλώντας παθολογικά, γυναικολογικά και αλλεργικά προβλήματα. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν κυρίως και τα οποία φαίνεται ότι επηρεάζονται από τις διατροφικές συνήθειες είναι παθολογικά, γυναικολογικά και αλλεργικά.

Σε έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί σε Τσιγγάνους, η διατροφή η οποία αποτελεί και αυτή σημαντικό μέρος για την υγεία ενός ατόμου, φαίνεται να περιέχει κυρίως ψωμί, γάλα για τα παιδιά, πατάτες και φρούτα. Σημαντικό στοιχείο είναι ότι μόνο το 32,8% χρησιμοποιεί ελαιόλαδο και το υπόλοιπο 67,2% χρησιμοποιεί άλλο τύπο λαδιού<sup>198</sup>. Η διατροφή είναι ένα πολύ σημαντικό και μεγάλο κεφάλαιο στη ζωή κάθε ανθρώπου. Η επιστημονική έρευνα έχει αποδείξει ότι πολλά από τα σοβαρότερα νοσήματα στα οποία αποδίδεται το μεγαλύτερο νοσολογικό φορτίο, συνδέονται άμεσα με παράγοντες που σχετίζονται με τη σύγχρονη διατροφή. Αυτόματα αυτό προδιαθέτει στο γεγονός ότι οι καταχρήσεις και οι υπερβολές όπως και οι στερήσεις στην διατροφή των ανθρώπων είναι επικίνδυνες και επιβλαβείς για την υγεία. Η υπερκατανάλωση κάποιων τροφών και κυρίως η κατανάλωση αλκοόλ σχετίζονται με πολύ επικίνδυνες ασθένειες. Κάποιες από τις ασθένειες αυτές είναι η αρτηριακή υπέρταση, όπου οι διατροφικοί παράγοντες που φαίνεται να επιβαρύνουν είναι η χρήση αλκοόλ και η χαμηλή πρόσληψη ασβεστίου, η υπερλιπιδαιμία όπου επιβαρύνεται με την αυξημένη κατανάλωση κορεσμένων λιπών και ο σακχαρώδης διαβήτης, στον οποίο φαίνεται ότι η αυξημένη λήψη ζάχαρης και υδατανθράκων επιβαρύνουν την υγεία των ανθρώπων. Όσον αφορά στον καρκίνο, τα δεδομένα δείχνουν ότι η δεύτερη αιτία μετά το κάπνισμα που οδηγεί στην εμφάνιση καρκίνου είναι η διατροφή. Ειδικότερα, στο καρκίνο του μαστού φαίνεται ότι η πρόσληψη λιπιδίων, η χρήση αλκοόλ και η παχυσαρκία αποτελούν προδιαθεσικό παράγοντα. Στον καρκίνο του παχέος εντέρου, η υψηλή πρόσληψη λιπών, η μεγάλη κατανάλωση κόκκινου κρέατος, η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ και η περιορισμένη πρόσληψη φυτικών ινών προδιαθέτουν στην εμφάνισή του<sup>199</sup>.

---

<sup>198</sup> Δειγματοληπτική έρευνα ΔΙΚΤΥΟ POM (2001)

<sup>199</sup> Για το θέμα βλ. σχετικά: <http://www.bestrong.org.gr> [Πρόσβαση: 19 Ιανουαρίου 2010]

**5. Υπάρχει διαφορά στο επίπεδο υγείας των Τσιγγάνων γυναικών του καταυλισμού (Χαλκίδαίοι και Πελοπονήσιοι);**

Οι μεταβλητές στην πέμπτη συσχέτιση είναι «πάνω καταυλισμός» και «κάτω καταυλισμός» και τις ερωτήσεις «έχετε κάποιο παθολογικό πρόβλημα;», «έχετε κάποιο γυναικολογικό πρόβλημα;», «έχετε κάποιο δερματολογικό πρόβλημα;», «έχετε κάποιο αλλεργικό πρόβλημα;», «έχετε κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα;», «έχετε άλλα προβλήματα υγείας;», «παίρνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή;».

**ΠΙΝΑΚΑΣ 22:** προβλήματα υγείας

ΕΡΩΤΗΣΗ	X <sup>2</sup>	df	P
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	6,947	1	0,008
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	4,269	1	0,039
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	6,222	1	0,013
ΑΛΛΕΡΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	8,381	1	0,004
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	2,134	1	0,144
ΑΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	1,743	1	0,187
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	18,959	1	0,000

**ΠΙΝΑΚΑΣ 23:** προβλήματα υγείας στο «πάνω» και «κάτω» καταυλισμό.

Προβλήματα υγείας	«πάνω καταυλισμός»	«κάτω καταυλισμός»
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	20,7%	57,9%

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	37,9%	68,4%
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	10,7%	42,1%
ΑΛΛΕΡΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	13,8%	52,6%
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	41,4%	21,1%
ΆΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	11,4%	21,7%
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	43,2%	4,3%

Παρατηρώντας τα στοιχεία των πινάκων 22,23 διαπιστώνουμε ότι η μηδενική υπόθεση, δηλαδή ότι δεν υπάρχει διαφορά στην υγεία των γυναικών του «πάνω» και «κάτω» καταυλισμού, μπορούν να απορριφθούν σχεδόν σε όλες τις ερωτήσεις.

Οι ερωτήσεις που αποτελούν εξαίρεση είναι «αν αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα» και «αν αντιμετωπίζουν άλλα προβλήματα υγείας», όπου το P του ελέγχου  $\chi^2$  είναι  $0,144 > 0,05$  και  $0,187 > 0,05$  όπου η μηδενική υπόθεση δεν μπορεί να απορριφθεί. Αυτό δείχνει ότι υπάρχει μεγάλη διαφορά στα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες του καταυλισμού ανάλογα με το αν ανήκουν στο «πάνω» ή τον «κάτω» καταυλισμό.

Τα αποτελέσματα τις συγκεκριμένης έρευνας αποδεικνύουν ότι οι γυναίκες που διαμένουν στον «κάτω καταυλισμό» αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα υγείας σε σχέση με τις γυναίκες του «πάνω καταυλισμού». Συγκεκριμένα οι γυναίκες στο «κάτω καταυλισμό» αντιμετωπίζουν παθολογικά προβλήματα (57,9%), γυναικολογικά (68,4%), δερματολογικά (42,1%), αλλεργικά (52,6%), άλλα προβλήματα κατά 21,7%. Αντίθετα, παρά το γεγονός ότι οι γυναίκες στον «πάνω καταυλισμό» έχουν χαμηλότερα ποσοστά στα αντίστοιχα προβλήματα υγείας, (παθολογικά 20,7%, γυναικολογικά 37,9%, δερματολογικά 10,7%, αλλεργικά άλλα προβλήματα 11,4%) φαίνεται ότι αντιμετωπίζουν περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα 41,4% σε σχέση με τις γυναίκες του «κάτω καταυλισμού». Όπως επίσης, παίρνουν φάρμακα συχνότερα σε ποσοστό 43,2% σε αντίθεση με τις γυναίκες του «κάτω καταυλισμού» όπου μόλις το 4,3% λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή.

Όλα αυτά οφείλονται στο γεγονός ότι οι συνθήκες διαβίωσης είναι ελαφρώς καλύτερες στον «πάνω καταυλισμό», με αποτέλεσμα και η υγεία τους να δέχεται λιγότερες επιβαρύνσεις από αυτές του «κάτω».

Σε καταγραφή που έχει πραγματοποιηθεί στον καταυλισμό της Νέας Αλικαρνασσού αναφέρονται οι διαφορές που υπάρχουν στις συνθήκες διαβίωσης ανάμεσα στον καταυλισμό δίνοντας την εντύπωση ότι δεν είναι ένας ενιαίος καταυλισμός, αλλά δύο διαφορετικοί τελείως ανεξάρτητοι μεταξύ τους. Η γειτονιά που βρίσκεται δυτικά στον καταυλισμό ονομάζεται «πάνω καταυλισμός» και εκεί κατοικούν οικογένειες που έχουν καταγωγή από την Χαλκίδα και βασικό χαρακτηριστικό τους είναι ότι μιλάνε μόνο ελληνικά και καθόλου ρομανί. Στη μεριά αυτή του καταυλισμού υπάρχει μια σχετική ασφαλτόστρωση, την οποία έχουν κάνει οι ίδιοι οι Ρομά, ενώ τα περισσότερα από τα σπίτια είναι φτιαγμένα με τούβλα και σχεδόν όλα διαθέτουν τουαλέτα. Αντίθετα, στην άλλη μεριά του καταυλισμού, η οποία ονομάζεται «κάτω καταυλισμός», κατοικείται από ανθρώπους που κατάγονται από την Πελοπόννησο. Οι άνθρωποι αυτοί βρίσκονται σε δυσκολότερη οικονομική κατάσταση και οι συνθήκες διαβίωσής τους είναι ακόμα πιο άσχημες, καθώς τα σπίτια τους είναι παράγκες φτιαγμένες από τσίγκο και δεν έχουν τουαλέτες<sup>200</sup>. Όπως προκύπτει από όσα προαναφέρθηκαν είναι εν μέρη λογικό, η υγεία των γυναικών του «κάτω καταυλισμού» να είναι περισσότερο επιβαρυνμένη σε σχέση με τις γυναίκες «του πάνω καταυλισμού».

#### **6. Αν αντιμετωπίζουν προβλήματα στην πρόσβασή τους στην υγεία και αν ναι ποια είναι αυτά.**

Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν είναι «κάθε πότε επισκέπτονται κάποια υπηρεσία υγείας», «πόσο ευχαριστημένες είναι από τις υπηρεσίες υγείας», «ποιοι είναι οι λόγοι που δεν είναι ευχαριστημένες»

**ΠΙΝΑΚΑΣ 24:** κάθε πότε επισκέπτεστε υπηρεσίες υγείας

<b>Συχνότητα</b>	<b>v</b>	<b>%</b>
1 φορά/έτος	17	52,2%
1 φορά/6μήνες	12	13,3%

<sup>200</sup> Οικονόμου, Α., (2006)

Ίφορά/ δίμηνο	7	7,8%
Κάθε μήνα	10	11,1%
Καθόλου	14	15,6%
Σύνολο	90	100%

**ΠΙΝΑΚΑΣ 25:** πόσο ευχαριστημένες είστε από τις υπηρεσίες υγείας.

Μεταβλητές	v	%
Λίγο	30	33,3%
Αρκετά	17	18,9%
Πολύ	42	46,7%
Σύνολο	89	99,9%

**ΠΙΝΑΚΑΣ 26:** λόγοι που δεν είναι ευχαριστημένες

Λόγοι	%
Καταγωγή	16,7%
Πληρώνουν	10,0%
Αδιαφορούν	5,6%
Καθυστερούν	3,3%

Παρατηρώντας τους πίνακες 24,25,26 διαπιστώνουμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών (52,2%) επισκέπτονται κάποια μονάδα υγείας τουλάχιστον μια φορά το χρόνο, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό (46,7%) είναι ευχαριστημένο από τις υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας. Τα άτομα τα οποία αναφέρουν ότι δεν είναι ευχαριστημένα (33,3%) από τις υπηρεσίες αναφέρουν ως κύριο λόγο την καταγωγή τους.

Έχει αναφερθεί σε πολλές έρευνες ότι υπάρχει μια επιφυλακτικότητα των Τσιγγάνων γυναικών προς το ιατρικό προσωπικό και για το λόγο αυτό δεν αναπτύσσουν μια σταθερή σχέση με τους γιατρούς. Επίσης, πολλές φορές οι γυναίκες αυτές πέφτουν θύματα διακρίσεων και ο κοινωνικός αποκλεισμός που βιώνουν οι Ρομ οδηγεί σε δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία τους. Η υπολειτουργία των κρατικών υπηρεσιών που ασχολούνται με τα θέματα αυτά αλλά και η απροθυμία ή και καχυποψία των Ρομ δημιουργούν ένα κενό στην εκπαιδευτική αγωγή υγείας, με αποτέλεσμα να επιπολάζουν πολλές αρρώστιες στις κοινότητές τους. Ένα πολύ ενθαρρυντικό γεγονός είναι ότι η σχέση των Ρομ με το προσωπικό των υπηρεσιών

υγείας καταγράφει μια βελτίωση ως προς την αποδοχή των Ρομ χωρίς αυτό να σημαίνει ότι οι διακρίσεις έχουν επαλειφθεί<sup>201</sup>.

Όσον αφορά στην πρόσβαση των Ρομ στο σύστημα υγείας, έχουν πραγματοποιηθεί μεταβολές όπως:

1. τακτικός εμβολιασμός των παιδιών
2. εξοικείωση των γυναικών με την εξέταση Π.Α.Π.
3. η χρήση υπηρεσιών, όπως υγείας όπως Κέντρα Υγείας. ΠΙΚΠΑ
4. η αντιμετώπιση των Ρομ από το προσωπικό των νοσοκομείων ως ισότιμους ασθενείς<sup>202</sup>.

#### **6.1.4. Συμπεράσματα**

Οι Τσιγγάνοι είναι άνθρωποι οι οποίοι έχουν υποστεί τον κοινωνικό αποκλεισμό και την προκατάληψη. Ζουν κάτω από άθλιες συνθήκες διαβίωσης και η επιβίωσή τους αποτελεί καθημερινή προσπάθεια. Ο αποκλεισμός τους από σημαντικούς τομείς όπως είναι η υγεία, η εργασία, η εκπαίδευση κ.τ.λ. είναι η κυριότερη αιτία για την διαίωνιση αυτών των απαράδεκτων συνθηκών στις οποίες διαμένουν.

Ειδικότερα, όσον αφορά στις γυναίκες Ρομ, αυτές είναι που στηρίζουν τόσο την πολιτισμική τους ταυτότητα, όσο και την οικογένεια που είναι ένας από τους ισχυρότερους θεσμούς στη ζωή των Τσιγγάνων. Οι γυναίκες αναλαμβάνουν το μέγιστο των παιδιών και είναι εκείνες που μεταβιβάζουν στις άλλες γενιές τα ήθη και έθιμα, τις παραδόσεις και τον πολιτισμό τους, καθώς οι Ρομ δεν έχουν γραπτή γλώσσα. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες είναι πολλά και σχετίζονται τόσο με την υγεία τους, όσο και με την εκπαίδευση και την εργασία. Βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό και αντιμετωπίζουν τις συνέπειές τους καθημερινά. Η υγεία τους βρίσκεται σε συνεχή κίνδυνο, λόγω των άσχημων συνθηκών διαβίωσης, το μεγάλο αριθμό τοκετών και τη μικρή ηλικία, κατά την οποία αρχίζει η σεξουαλική τους ζωή.

Ο βασικός σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθεί όσο το δυνατόν καλύτερα η πρόσβαση που έχουν οι Τσιγγάνες γυναίκες του καταυλισμού Τσιγγάνων Ν.

---

<sup>201</sup> Τσάφου, Μ., (2007)

<sup>202</sup> Βλ. άνωθι



Αλικαρνασσού στην Υγεία, αν υπάρχουν δυσκολίες στην πρόσβασή τους και αν ναι ποιες είναι αυτές, την ενημέρωση που έχουν σε θέματα υγείας και πρόληψης, καθώς και τη γνώση των δικαιωμάτων τους στο ιατροφαρμακευτικό σύστημα. Επίσης, αν με την πρόσβαση των Τσιγγάνων γυναικών στο σύστημα της υγείας τους δίνεται η απαραίτητη στήριξη και διευκόλυνση για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους και αν η προσέγγισή τους γίνεται με τέτοιο τρόπο που να τους δίνει τη δυνατότητα να εμπιστευτούν και να συνεργαστούν με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό με στόχο την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν.

Για την επίτευξη του σκοπού αυτού χρησιμοποιήσαμε ως ερευνητικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο, το οποίο παραχωρήθηκε από την ΟίκοΚοινωνία (Πρωτοβουλία για την Κοινωνική Κατοικία και την Υποστήριξη της Κοινωνικής Ένταξης των Τσιγγάνων Πολιτών)<sup>203</sup>. Το ερωτηματολόγιο απευθυνόταν σε δείγμα 90 γυναικών, το οποίο ήταν ομαδοποιημένο σε επτά ομάδες :

1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ – ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ
3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ
4. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
5. ΔΙΑΤΡΟΦΗ/ ΜΑΓΕΙΡΕΜΑ
6. ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ
7. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Με βάση τα ερευνητικά μας ερωτήματα που είχαμε θέσει για τη συγκεκριμένη εργασία-έρευνά μας, εξετάσαμε τις απαντήσεις του δείγματός μας με διάφορες μεταβλητές, οι οποίες αναφέρονται σε κάθε ερώτημα χωριστά, για να διαπιστώσουμε τυχόν συσχετίσεις που μπορούν να απαντήσουν στα ερευνητικά μας ερωτήματα.

Τα ερευνητικά μας ερωτήματα είναι τα εξής:

- Ποια είναι τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι Τσιγγάνες γυναίκες;
- Οι συνθήκες διαβίωσης των Τσιγγάνων γυναικών του καταυλισμού Νέας Αλικαρνασσού επηρεάζουν την υγεία τους και αν ναι πόσο ή με ποιο τρόπο;
- Ποιος είναι ο βαθμός συσχέτισης του εκπαιδευτικού επιπέδου των Τσιγγάνων γυναικών του καταυλισμού Νέας Αλικαρνασσού με την υγεία;
- Πόσο επηρεάζει η διατροφή των Τσιγγάνων γυναικών του καταυλισμού Νέας Αλικαρνασσού την υγεία;

---

<sup>203</sup> Σχετικά βλ. κεφ.

- Υπάρχει διαφορά στο επίπεδο υγείας των Τσιγγάνων γυναικών του καταυλισμού (Χαλκιδάιοι και Πελοποννήσιοι)
- Αντιμετωπίζουν προβλήματα στην πρόσβασή τους στην υγεία και αν ναι ποια είναι αυτά;

Σχετικά με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες του καταυλισμού είναι γυναικολογικά (26,7%), παθολογικά (18,9%), ψυχολογικά (17,8%), άλλα προβλήματα υγείας (16,7%), αλλεργικά (15,6%) και δερματολογικά (12,2%). Επίσης, ένα ποσοστό 23,3% των γυναικών λαμβάνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή.

Το αποτέλεσμα του ερωτήματός μας επιβεβαιώνεται από άλλες έρευνες, (βλ. κεφ. 3.1.), οι οποίες δείχνουν ότι οι γυναίκες αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν καθημερινά αλλά και από την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες. Οι Ρόμισσες δεν απευθύνονται έγκαιρα στο γιατρό και η πρόληψη σε θέματα υγείας δεν είναι σε καλό επίπεδο, με αποτέλεσμα η υγεία τους να κλονίζεται.

Σχετικά με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, βρέθηκε ότι οι συνθήκες διαβίωσης επηρεάζουν την υγεία των γυναικών. Ο τύπος κατοικίας επηρεάζει την υγεία τους, καθώς στον καταυλισμό της Νέας Αλικαρνασσού κυριαρχούν οι παράγκες και οι πρόχειρες κατασκευές, με αποτέλεσμα να υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις, οι οποίες επιδεινώνονται με τα καιρικά φαινόμενα. Το νερό δεν επηρεάζει την υγεία τους, αφού, παρόλο που το νερό που έχουν στη διάθεσή τους δεν είναι πόσιμο, οι περισσότερες προμηθεύονται εμφιαλωμένο νερό. Η αποθήκευση των τροφίμων αποτελεί πολύ σοβαρό παράγοντα επιβάρυνσης της υγείας, καθώς δεν έχουν όλες οι γυναίκες ψυγείο για να αποθηκεύουν τα τρόφιμά τους, ενώ όσες διαθέτουν, δεν έχουν μόνιμα ρεύμα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, τα τρόφιμα να αλλοιώνονται και να γίνονται επικίνδυνα προς κατανάλωση με άμεσες επιπτώσεις στην υγεία, όπως την εμφάνιση παθολογικών και αλλεργικών προβλημάτων.

Το αποτέλεσμα στο ερώτημά μας αυτό επιβεβαιώνεται και από τη θεωρία και από έρευνες (βλ. κεφ. 3.3.), οι οποίες δείχνουν ότι οι συνθήκες διαβίωσης επηρεάζουν την υγεία του ατόμου.

Σχετικά με το τρίτο ερευνητικό ερώτημα βρέθηκε ότι η εκπαίδευση επηρεάζει την υγεία των γυναικών. Η έλλειψη γνώσης ανάγνωσης δεν επιτρέπει στις γυναίκες να ενημερωθούν και να διαβάσουν για θέματα υγείας τα οποία είναι πολύ σημαντικά, όπως είναι ο εμβολισμός. Το γεγονός ότι δεν ξέρουν να γράφουν τις απομακρύνει

ακόμα περισσότερο από υπηρεσίες υγείας, καθώς δεν γνωρίζουν να συμπληρώνουν έγγραφα και να υπογράφουν, ενέργειες απαραίτητες σε δημόσιες υπηρεσίες. Ο αναλφαβητισμός των γυναικών αποτελεί εμπόδιο για την υγεία τους. Η παρακολούθηση προγραμμάτων υγείας τους παρέχει την δυνατότητα για ενημέρωση σε σημαντικά θέματα. Μέσω των προγραμμάτων ενημερώνονται για τον οδοντιατρικό έλεγχο, για φορείς στους οποίους μπορούν να παρακολουθούνται στην περίοδο της εγκυμοσύνης, ενημερώνονται για την αξία του θηλασμού, για την αντισύλληψη, για αλλεργίες καθώς και για παθολογικά και ψυχολογικά προβλήματα υγείας.

Το αποτέλεσμα στο ερώτημα αυτό επιβεβαιώνεται από τη θεωρία (βλ. κεφ. 3.2.), η οποία αναφέρει ότι ο αναλφαβητισμός στις Τσιγγάνες βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα και ο αποκλεισμός τους από τους σημαντικούς τομείς, όπως είναι η εκπαίδευση και η υγεία επηρεάζει την υγεία των γυναικών και τις απομακρύνει από την πρόληψη και την αντιμετώπιση διαφόρων ασθενειών.

Σχετικά με το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα βρέθηκε ότι η διατροφή επηρεάζει την υγεία των γυναικών. Οι διατροφικές συνήθειες των γυναικών δεν είναι οι ιδανικές κι αυτό είναι κατανοητό εν μέρει, καθώς η οικονομική κατάστασή τους και οι συνθήκες διαβίωσής τους δεν είναι καλές. Δεν μπορούν να προμηθευτούν τρόφιμα τα οποία είναι ωφέλιμα για την υγεία τους με αποτέλεσμα να αποκτούν διατροφικές συνήθειες επιβλαβείς για την υγεία τους. Από την έρευνα προκύπτει ότι το μη σπιτικό φαγητό επιβαρύνει την υγεία τους, ενώ η χρήση αλκοόλ φαίνεται να επηρεάζει πολύ περισσότερο. Το αλκοόλ προκαλεί σημαντικά παθολογικά, αλλεργικά και γυναικολογικά προβλήματα, καθώς θέτει την υγεία σε συνεχή κίνδυνο.

Το αποτέλεσμα στο ερώτημά μας επιβεβαιώνεται από τη θεωρία και από έρευνες (βλ. κεφ. 6.1.2.), οι οποίες δείχνουν ότι η διατροφή στη ζωή του ατόμου είναι ζωτικής σημασίας. Οι διατροφικές συνήθειες έχουν ενοχοποιηθεί για διάφορες σοβαρές ασθένειες, όπως είναι η παχυσαρκία, ο καρκίνος παχέος εντέρου, ο καρκίνος μαστού κ.τ.λ. Έτσι, οι διατροφικές συνήθειες με κυρίαρχο κίνδυνο τη λήψη αλκοόλ θέτει την υγεία των γυναικών σε άμεσο κίνδυνο, με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαφόρων ασθενειών.

Σχετικά με το πέμπτο ερευνητικό ερώτημα, φαίνεται ότι η διαφορά στο επίπεδο υγείας ανάμεσα στον «πάνω» και τον «κάτω» καταυλισμό είναι σημαντική. Φαίνεται ότι στον «κάτω καταυλισμό», οι γυναίκες αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα υγείας. Πιο συγκεκριμένα αντιμετωπίζουν παθολογικά, γυναικολογικά,

δερματολογικά, αλλεργικά προβλήματα και περισσότερες από αυτές τις γυναίκες λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι συνθήκες διαβίωσης στον «κάτω καταυλισμό» είναι πολύ πιο άσχημες σε σχέση με τον «πάνω καταυλισμό», όπως και η επαγγελματική αποκατάσταση είναι πολύ καλύτερη. Αν και η υγεία των γυναικών του «κάτω» καταυλισμού έχει υποστεί μεγαλύτερο πλήγμα, ωστόσο φαίνεται ότι οι γυναίκες στον «πάνω» καταυλισμό αντιμετωπίζουν περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα.

Το αποτέλεσμα στο ερώτημά μας επιβεβαιώνεται από τη θεωρία (βλ. κεφ. 1.4.), η οποία δείχνει ότι οι γυναίκες στον «κάτω» καταυλισμό ζουν σε πιο άθλιες συνθήκες διαβίωσης, η οικονομική τους κατάσταση είναι πιο δύσκολη και γενικότερα έχουν χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Παράγοντες, δηλαδή, που επιβαρύνουν την υγεία τους και αποτελούν προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση διαφόρων ασθενειών.

Σχετικά με το έκτο ερευνητικό ερώτημα φαίνεται ότι οι γυναίκες Ρομ είναι αρκετά ευχαριστημένες από τις υπηρεσίες υγείας, ενώ το ποσοστό που δεν είναι ευχαριστημένο αναφέρει ως κύριο λόγο ότι δεν εξυπηρετούνται λόγω της καταγωγής τους.

Το αποτέλεσμα στο ερώτημά μας επιβεβαιώνεται από τη θεωρία (βλ. κεφ 3.1.), η οποία αναφέρει ότι οι γυναίκες Ρομ έχουν πέσει θύματα διακρίσεων πολλές φορές σε υπηρεσίες λόγω της καταγωγής τους. Το ιατρικό προσωπικό δεν μπορεί να αντιληφθεί την κουλτούρα των Τσιγγάνων, ούτε τη διαφορετικότητα με αποτέλεσμα να φέρονται μεροληπτικά προς αυτούς. Σε κάποιες έρευνες (βλ. κεφ.3.1.) αναφέρεται ότι υπάρχει μια βελτίωση στη σχέση των Ρομ με τις υπηρεσίες υγείας, γεγονός το οποίο φαίνεται και στην παρούσα εργασία, όπου οι περισσότερες γυναίκες δείχνουν να είναι ευχαριστημένες από τις υπάρχουσες υπηρεσίες.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των ευρημάτων της παρούσας έρευνας, αλλά και τα στοιχεία άλλων ερευνών, αποδεικνύουν πόσο σοβαρά προβλήματα αντιμετωπίζουν οι Τσιγγάνες γυναίκες. Η υγεία τους βρίσκεται σε συνεχή κίνδυνο μέσα στις συνθήκες στις οποίες διαμένουν. Το εκπαιδευτικό τους επίπεδο είναι μηδαμινό, με αποτέλεσμα να επηρεάζονται σε όλους τους τομείς της ζωής τους. Η διατροφή τους είναι επίσης ακατάλληλη και αποτελεί κίνδυνο για την υγεία τους με το αλκοόλ να δημιουργεί προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση σοβαρών προβλημάτων υγείας. Τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν είναι πολλά και η πρόληψη βρίσκεται σε χαμηλό επίπεδο. Η έλλειψη πληροφόρησης για

θέματα σημαντικά για τη ζωή μιας γυναίκας όπως είναι η αντισύλληψη, το ΤΕΣΤ ΠΑΠ θέτει σε σοβαρό κίνδυνο την υγεία τους. Ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι η σχέση ανάμεσα στις Ρόμισσες και τις υπηρεσίες υγείας έχει κάποια βελτίωση. Οι γυναίκες είναι ευχαριστημένες ως κάποιο σημαντικό βαθμό από τις υπηρεσίες υγείας και το ιατρικό προσωπικό έχει προβεί σε κάποιες αλλαγές ώστε να υπάρχει ίση αντιμετώπιση προς τους Ρομ. Για παράδειγμα, στα νοσοκομεία επιτρέπουν να υπάρχει ένας συνοδός μαζί με τον ασθενή, γεγονός που είναι πολύ σημαντικό για τους Τσιγγάνους.

## 6.2. Προτάσεις

Έχοντας ολοκληρώσει την Πτυχιακή μας Εργασία, θα παραθέσουμε τις προτάσεις μας για την βελτίωση της υγείας των γυναικών Ρομ. Θα πρέπει άμεσα η πολιτεία να προβεί στη λήψη αποφάσεων, ώστε να βοηθήσει τις γυναίκες Ρομ παρέχοντάς τους τρόπους για αξιοπρεπή διαβίωση, ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αλλά και στην εκπαίδευση ώστε να μπορέσουν να εξασφαλίσουν ένα καλύτερο μέλλον γι' αυτές και τις οικογένειές τους.. Σημαντική βοήθεια και στήριξη μπορεί να παρέχει και η τοπική αυτοδιοίκηση η οποία μπορεί να έρθει σε άμεση επαφή με τις γυναίκες αυτές, να εκτιμήσει τις ανάγκες τους και να προβεί σε ενέργειες ώστε να καλύψει τις βασικότερες και αναγκαίες για την επιβίωσή τους.

Πιο συγκεκριμένα:

:

- ❖ Πραγματοποίηση παρεμβάσεων Αγωγής Υγείας από ειδικούς επαγγελματίες ώστε να κινητοποιηθούν οι Γυναίκες Ρομ σε θέματα Δημόσιας Υγείας.
- ❖ Πραγματοποίηση τακτικών ελέγχων εμβολιασμών
- ❖ Ενημέρωση των Γυναικών Ρομ από τους αρμόδιους φορείς για τα δικαιώματά τους
- ❖ Πραγματοποίηση προγραμμάτων εκμάθησης ελληνικών
- ❖ Να υλοποιηθούν βελτιωτικά μέτρα στους υπάρχοντες καταυλισμούς των Ρομ που θα αποσκοπούν στην βελτίωση των συνθηκών διαβίωσής τους.
- ❖ Συμμετοχή γυναικών Ρομ σε ίσους όρους με τους άνδρες στην χάραξη κοινωνικής πολιτικής στις κοινότητες των Ρομ
- ❖ Επιβολή απαγορεύσεων ενάντια στη διάκριση εκ μέρους των οργάνων υγειονομικής περίθαλψης απέναντι στους Ρομ

- ❖ Πραγματοποίηση ερευνών για την κατάσταση της υγείας και των αναγκών των γυναικών Ρομ
- ❖ Να εξασφαλιστεί η πρόσβαση στις σεξουαλικές – αναπαραγωγικές πληροφορίες με σεβασμό στη μυστικότητα και ιδιαίτερη προσοχή στις ανάγκες των εφήβων.
- ❖ Πραγματοποίηση προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής → ισότητα φύλων
- ❖ Να εξασφαλιστεί η πρόσβαση σε Υπηρεσίες σχετικές με την πνευματική υγεία
- ❖ Δημιουργία κινήτρων ώστε να ενθαρρυνθούν οι γυναίκες Ρομ να συμμετάσχουν στις βαθμίδες εκπαίδευσης αλλά και στην επαγγελματική εκπαίδευση.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ελληνική:

- Αθανασίου, Α., (2004) *Γυναίκες και Φύλα: «Ανθρωπολογικές και ιστορικές προσεγγίσεις»*.- Η μελέτη του φύλου ως αναλυτικού εργαλείου στο χώρο της υγείας». Νέα Προγράμματα Μεταπτυχιακών Σπουδών Πανεπιστημίου Αιγαίου, Τμήμα Κοινωνικής Ανθρωπολογίας και Ιστορίας
- Βεργέτης, Μ., (1999) *«Παλιννόστηση και κοινωνικός αποκλεισμός»*.
- Διαλυνάκη, Ε., (2002-3) *«Η θέση της γυναίκας στη τσιγγάνικη οικογένεια και η διαχείριση της αναπαραγωγικής της υγείας»*. Μεταπτυχιακή Εργασία. Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.
- Διβάνη, Λ., (2001) *«Η κατάσταση των τσιγγάνων στην Ελλάδα»*. Εθνική Επιτροπή Για τα Δικαιώματα του ανθρώπου. (χ. ε.)
- Δόγκα, Σ., Παπάζογλου Γ., (2007) *Έρευνα δράσης: η εκτίμηση αναγκών και προβλημάτων των κατοίκων του καταυλισμού της Ν. Αλικαρνασσού μετά τη δανειοδότησή τους για εύρεση σπιτιών*. Ηράκλειο: χ. ε.
- Δόγκα, Σ., Τσαουσίδου, Δ., (2000) Πτυχιακή εργασία, Σ.Ε.Υ.Π. Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης.
- Δραγώνα, Θ., (2002-2004), *«Εκπαίδευση μουσουλμανόπαιδων κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο της εκπαίδευσης. Στερεότυπα και προκαταλήψεις»*, Αθήνα: χ. ε
- Ιωαννίδου- Johnson, Α., (2009) *«Προκατάληψη, ποιος, εγώ; Η δυναμική ανάμεσα στην προκατάληψη και την ψυχολογική ωριμότητα»*. Αθήνα: ελληνικά γράμματα.
- Καλατζή, Α., Σιδέρη-Ζόνιου, Α., Βλάχου, Α., (1998) *«Προκαταλήψεις και στερεότυπα-δημιουργία και αντιμετώπιση»*. Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Γενική Γραμματεία Λαϊκής επιμόρφωσης.
- Καραθανάση, Ε., & Μαραβέγια, Μ., & Φυσέλιας, Σ., (2001) *Ολοκληρωμένο σχέδιο διαμονής των Τσιγγάνων στην Αλικαρνασσό*. Ηράκλειο: Οργανισμός Ανάπτυξης Ανατολικής Κρήτης.
- Καραντινός, Δ., Μαράτου-Αλιμπράντη, Λ., Φρονίμου, Ε., (2005) *«Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα. Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής»*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.

- Κούτρα, Κ., (2007) «Σημειώσεις διαπολιτισμικής κοινωνικής εργασίας». Τ.Ε.Ι. Κρήτης.
- Καψάλης, Α., (2003) *Εθνική Έκθεση για την Ελλάδα, Ευρωπαϊκό Δίκτυο για συνεργασία και ανταλλαγές σε θέματα κοινωνικού αποκλεισμού και Υγείας μεταναστών*. Αθήνα: Βήτα
- Λαμπρίδης, Ε., (2004) «Στερεότυπο-προκατάληψη-κοινωνική ταυτότητα. Μελετούνται οι δυναμικές της κοινωνικής αναπαράστασης για τους τσιγγάνους». Αθήνα: Gutenberg.
- Λασιθιωτάκη, Μ., (2005) «Ο φαύλος κύκλος των διακρίσεων: Άγχος και ματαίωση από τον κοινωνικό αποκλεισμό και το trafficking», Εισήγηση στο Συνέδριο Διοικητικών Δικαστών και του Κέντρου Επιμόρφωσης Δημόσιας Διοίκησης, Κέρκυρα, 10-12 Ιουνίου. Κοινωνικός αποκλεισμός και ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες: οι περίπτωση των τσιγγάνων του νομού Καρδίτσας. Ένωση Πολιτών κατά του ρατσισμού και της ξενοφοβίας. Καταυλισμός Αθίγγανων Ν. Αλικαρνασσού. 18-09-2009
- Λιεζουά, Ζ-Π., (1999) Ρομά, Τσιγγάνοι και Ταξιδευτές. Μτφ. Σιπητάνου, Α. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Μαδιανός Μ., (1989) *Κοινωνία και Ψυχική Υγεία: Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτη
- Ματσανιώτης, Ν., (1994) «Οικογένεια και Υγεία» στο: *Ματσανιώτης, Ν., Υγεία, κοινωνική προστασία και οικογένεια*. Αθήνα: Σχολή Δημόσιας Υγείας.
- *Μελέτη Διερεύνησης Κοινωνικών και Οικονομικών Αναγκών*, (2000) Δίκτυο Ρομ, στα πλαίσια του Προγράμματος Multi-Roma-Action-Hellas, Άξονας Integra.
- Μπίρης, Κ., (1966) «Αι Αθήναι από το 19ο εις τον 20ου αιώνα» Αθήνα: χ. ε.
- Μυτίλης, Α., (1998) «Οι μειονότητες μέσα στη σχολική τάξη». Αθήνα: Οδυσσέας.
- Νόβα-Καλτσούνη, Χ., (2002) «Η ελληνική τσιγγάνικη οικογένεια. Κείμενα κοινωνιολογίας του γάμου και της οικογένειας». Αθήνα: Gutenberg.
- Ντούσας, Δ., (1997) «Ρομ και φυλετικές διακρίσεις στην ιστορία, την κοινωνία, την κουλτούρα, την εκπαίδευση και τα ανθρώπινα δικαιώματα». Αθήνα: Gutenberg.



- Οικονόμου, Α., (2006). «*Εκπαίδευση Τσιγγανοπαίδων στο Ηράκλειο Κρήτης*». Διπλωματική εργασία. ΕΑΠ. Πάτρα
- Οικονόμου, Α., Φέρωνας, Α., (2006) «*Οι εκτός των τειχών. Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός στις σύγχρονες κοινωνίες*». Αθήνα: Διόνικος.
- Παππά, Ε.,(2008) «*Ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και ο κοινωνικός αποκλεισμός τους*». Αθήνα:Καστανιώτη
- Παυλή Κορρέ, Μ., Σπανούλη, Μ., (1991) «*Τσιγγάνες-μύθοι-έθιμα-παραδόσεις*». Αθήνα: Ολκός.
- *Προοίμιο της Σύμβασης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας*, (1946) Νέα Υόρκη
- Σδράλη, Δ., και Καραμέτου, Π.,(χ.χ.) *Κοινωνικός Αποκλεισμός και Ευάλωτες Πληθυσμιακές Ομάδες: Η περίπτωση των Ρομ του νομού Καρδίτσας*. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας.
- Στιβαχτά, Μ., (2001) «*Η θέση της γυναίκας τσιγγάνας*» πτυχιακή εργασία, Σ.Ε.Υ.Π. Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης.
- Τσάφου, Μ., (2007) «*Οι δυσκολίες πρόσβασης των Ρομά στις υπηρεσίες Υγείας και Πρόνοια*» 6η Εθνική Στρογγυλή Τράπεζα: «*Προβλήματα διακρίσεων στους τομείς της αγοράς εργασίας και της πρόσβασης στην Υγεία και την Κοινωνική Πρόνοια*». Εκ: Αντιγόνη

#### Ξενογλωσση:

- Baum, N., Martha, C., (2005) «*Φύλο και Κοινωνική Δικαιοσύνη*» Αθήνα: Scripta
- Kocze, A., (χ.χ.) «*Double Discrimination Face by Romani Women in Europe*»: Κατά τη διάρκεια συνεδρίασης του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου Επιτροπή για τα Δικαιώματα της Γυναίκας και τις Ίσες Ευκαιρίες, ο Angela Kocze, Εκτελεστικός Διευθυντής του Ευρωπαϊκού Γραφείου Πληροφοριών των Ρομ, έδωσε μια παρουσίαση σχετικά με την κατάσταση των ρωμαϊκών γυναικών στην Ευρώπη. - an issue disregarded in Europe for centuries. - Ένα θέμα που λαμβάνεται υπόψη στην Ευρώπη εδώ και αιώνες. Σε αντίθεση με άλλες μειονοτικές ομάδες δεν έχουν καμία ιστορική πατρίδα και να ζουν σχεδόν σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, με πολλαπλές υποομάδες με βάση τη γλώσσα, την ιστορία, τον πολιτισμό και τη θρησκεία.

- Levitas, R., (1998) «*The inclusive society? Social exclusion and new labour*» London: Macmillan.
- Lippman, H., Hoppie P., (2004) «*Health Risk Among the Roma*» pub: RN Magazine
- Nettleton, S., (2002) «*Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*» Αθήνα: χ.ε. [μτφρ. Ανθή Βακάκη].
- Piligram D., και Rogers, A.,(2004) «*Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας*». Αθήνα: Τυπωθήτω. Μεταφρ: Κοπάση, Ε., Βακάκη Α.
- Shucksmith, M., (2004) «*Young people and social exclusion in rural areas*», *Sociologia Ruralis*, vol. 1(44).

#### **Δικτυακοί Τόποι:**

- <http://www.inegsee.gr/enimerwsi-112-doc3.htm>
- <http://www.nelekav.gr>
- <http://www.kathimerini.gr>
- <http://www.eled.auth.gr/tsiakalos/exclusion/apotl.kasimati.htm>
- <http://www.alex.eled.duth.gr/ekdoseis/vergeti/text/7.htm>
- [http://www.medlab-uoi.gr/metro\\_1.4](http://www.medlab-uoi.gr/metro_1.4)
- <http://www.oikokoinonia.gr>
- <http://www.medlabu.gr>
- <http://www.stasi.gr>
- <http://6dim-diap-elfth.thess.sch.gr>
- <http://www.fra.europa.eu>
- [http://www.europa.eu.int/comm/regional\\_policy/sources/docgener/guides/PPPguide.htm](http://www.europa.eu.int/comm/regional_policy/sources/docgener/guides/PPPguide.htm)
- <http://www.ec.europa.eu/health/ph>
- <http://www.womenlobby.org>
- <http://www.unfpa.org>
- <http://www.epha.org/a/3980>
- <http://www.dikadi-rom.gr>
- <http://www.mighealth.net>
- <http://www.peer-review-social-inclusion.eu>
- <http://www.romahealth.com>

- <http://politikokafeneio.com/rom>
- <http://www.medlab.cs.uoi.gr/erga/biomed>
- <http://www.gitanos.org/publichealth/HealthGuide/Griego>
- [http://www.penelopes.org/Anglais/xarticle.php3?id\\_article=713](http://www.penelopes.org/Anglais/xarticle.php3?id_article=713)
- <http://entosfylou.wordpress.com>
- <http://www.gitanos.org>
- [http://www.europa.eu.int/comm/education/policies/2010/doc/progressreport06\\_el.pdf](http://www.europa.eu.int/comm/education/policies/2010/doc/progressreport06_el.pdf)
- <http://www.pontosandaristera.wordpress.com>

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### A. Ερευνητικό εργαλείο

*Η έρευνα είναι ανώνυμη, πραγματοποιείται στα πλαίσια εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας μας και αφορά στην διερεύνηση της πρόσβασης στην Υγεία των Τσιγγάνων γυναικών του καταυλισμού της Ν. Αλικαρνασσού.*

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

#### A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Ηλικία.....
2. Ημερομηνία γέννησης.....
3. Καταυλισμός.....

#### B. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ – ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ

Οικογενειακή Κατάσταση

- |                |                          |                |                          |
|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| A. Άγαμη       | <input type="checkbox"/> | β. Έγγαμη      | <input type="checkbox"/> |
| Γ. Χήρα        | <input type="checkbox"/> | δ. Σε διάσταση | <input type="checkbox"/> |
| Ε. Διαζευγμένη | <input type="checkbox"/> | στ.            | <input type="checkbox"/> |
|                |                          | Άλλο.....      |                          |

Έχετε παιδιά;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ συμπληρώστε:

Αριθμός: .....

Ηλικίες : Από ..... Έως .....

Πόσα είναι προστατευόμενα μέλη: .....

Τα παιδιά φοιτούν στο σχολείο;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Κατάσταση κατοικίας

Σταθερότητα Διαμονής:

Μόνιμη Διαμονή στην περιοχή

Προσωρινή Διαμονή στην περιοχή

Συχνές Μετακινήσεις

### Γ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Γνωρίζετε:

Γραφή:

Ανάγνωση:

Ναι	Όχι	Λίγ ο

Γλώσσα: Ρωμανί

Ελληνικά

Είστε απόφοιτη:

Δημοτικού

Γυμνασίου

Λυκείου ..

Προγράμματα εκμάθησης ελληνικής γλώσσας

Άλλο

.....

.....

Ειδικές Γνώσεις - Δεξιότητες (αναφέρατε)

Έχετε παρακολουθήσει προγράμματα σχετικά με την υγεία;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα:

Αντικείμενο Κατάρτισης	Φορέας Υλοποίησης	Διάρκεια	
		Από	Έως

Βοηθηθήκατε από τα προγράμματα που παρακολουθήσατε;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ με ποιο τρόπο;

α. Προληπτικές εξετάσεις

β. Εμβολιασμοί

γ. Γυναικολογικοί έλεγχοι

δ. Γενικές γνώσεις ...

ε. Άλλο

.....

.....

#### Δ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Έχετε βιβλιάριο υγείας;      ΝΑΙ         ΟΧΙ         Φορέας

.....

Εμβολιασμοί:      ΝΑΙ         Που έγιναν;      Έχει ολοκληρωθεί;   
.....      Σε εξέλιξη   
ΟΧΙ         Διακόπηκε       Λόγος:.....  
Δεν ξεκίνησε       .....

Οδοντιατρικός έλεγχος: ΝΑΙ         ΟΧΙ         Φορέας:.....  
Κάθε χρόνο     
Όποτε πονάω

Γενικότερα προβλήματα υγείας

Παθολογικά        
Ορθοπαιδικά        
Γυναικολογικά        
Δερματολογικά        
Αλλεργικά        
Ψυχολογικά        
Άλλο      .....

Φαρμακευτική αγωγή:      Σε  
εξέλιξη:.....

Παλαιότερη:.....

Όταν αρρωσταίνετε, που πηγαίνετε συνήθως:

Στο Νοσοκομείο        
Στο Κέντρο Υγείας        
Στο Περιφερειακό Ιατρείο        
Στο Ιατροκοινωνικό Κέντρο        
Σε Ιδιώτη Γιατρό



Παίρνω φάρμακα κάποιου γνωστού

Δεν πηγαίνω πουθενά

Άλλο.....

Αν υπάρχει χρόνιο πρόβλημα υγείας, ποιος σας παρακολουθεί;

Νοσοκομείο

Ιδιώτης γιατρός

Κανένας, συστηματικά

Κύηση λοχεία θηλασμός

Λάβατε κάποια παρακολούθηση κατά

την διάρκεια της κύησης σας; ΝΑΙ  ΟΧΙ  Φορέας:.....

Πόσο συχνά; .....

Κάνετε τακτικά εργαστηριακές

εξετάσεις κατά την ίδια περίοδο; ΝΑΙ  ΟΧΙ  Φορέας:.....

Πόσο συχνά;.....

Πόσους τοκετούς είχατε; Αριθμός:..... Νοσοκομείο

Κλινική

Μαία

Αυτοδίδακτη μαία

Έχετε θηλάσει τα παιδιά σας; ΝΑΙ  Διάρκεια:.....

ΟΧΙ  Λόγος:.....

Από πού πληροφορηθήκατε για τον θηλασμό, την αξία του και το τι πρέπει να

προσεχθεί κατά την διάρκειά του;

Οικογένεια  Περιβάλλον  Άλλο.....

Έχει πεθάνει κάποιο από τα παιδιά σας;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν ναι, σε ποια ηλικία;.....

Από ποια αίτια;

.....  
.....  
.....

Οικογενειακός προγραμματισμός

Θέλετε να κάνετε άλλα παιδιά; ΝΑΙ  ΟΧΙ

Ακολουθείτε κάποια μέθοδο αντισύλληψης; ΝΑΙ  ΟΧΙ  Είδος:.....

Πρόληψη γυναικολογικών παθήσεων

Τεστ ΠΑΠ ΝΑΙ  ΟΧΙ  Φορέας;.....

Εξέταση μαστού ΝΑΙ  ΟΧΙ  Φορέας;.....

Έχετε λάβει οδηγίες αυτοεξέτασης μαστού; ΝΑΙ  ΟΧΙ  Από;.....

### **Ε. ΔΙΑΤΡΟΦΗ/ ΜΑΓΕΙΡΕΜΑ**

---

Κάθε πότε τρώτε κάτι μη σπιτικό; 1 φορά / 2 εβδομάδες   
1 – 2 φορές/εβδομάδα   
3 φορές / εβδομάδα   
Πιο συχνά

Κάθε πότε υπάρχει στο τραπέζι...

Σαλάτα; 1 φορά / 2 εβδομάδες   
1 – 2 φορές/εβδομάδα   
3 φορές / εβδομάδα   
Πιο συχνά

---

Άσπρο κρέας; 1 φορά / 2 εβδομάδες   
1 – 2 φορές/εβδομάδα   
3 φορές / εβδομάδα   
Πιο συχνά

---

Ψάρι; 1 φορά / 2 εβδομάδες   
1 – 2 φορές/εβδομάδα   
3 φορές / εβδομάδα   
Πιο συχνά

---

Κόκκινο κρέας; 1 φορά / 2 εβδομάδες   
1 – 2 φορές/εβδομάδα   
3 φορές / εβδομάδα   
Πιο συχνά

---

Οσπρια; 1 φορά / 2 εβδομάδες

---

Φρούτα;	1 – 2 φορές/εβδομάδα	<input type="checkbox"/>
	3 φορές / εβδομάδα	<input type="checkbox"/>
	Πιο συχνά	<input type="checkbox"/>
	1 φορά / 2 εβδομάδες	<input type="checkbox"/>
	1 – 2 φορές/εβδομάδα	<input type="checkbox"/>
	3 φορές / εβδομάδα	<input type="checkbox"/>
Γαλακτοκομικά;	Πιο συχνά	<input type="checkbox"/>
	1 φορά / 2 εβδομάδες	<input type="checkbox"/>
	1 – 2 φορές/εβδομάδα	<input type="checkbox"/>
	3 φορές / εβδομάδα	<input type="checkbox"/>
Κάθε πότε πίνετε αλκοόλ;	Πιο συχνά	<input type="checkbox"/>
	1 – 3 φορές /εβδομάδα	<input type="checkbox"/>
	3 – 5 φορές / εβδομάδα	<input type="checkbox"/>
	Κάθε μέρα	<input type="checkbox"/>
	Τι ποσότητα;	.....

### Σ Τ. ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κάθε πότε χρειάζεται να επισκεφθείτε κάποια μονάδα υγείας για εσάς ή το παιδί σας;	1 φορά / έτος	<input type="checkbox"/>
	1 φορά / 6 μήνες	<input type="checkbox"/>
	1 φορά / 2 μήνες	<input type="checkbox"/>
	Κάθε μήνα	<input type="checkbox"/>
	Καθόλου	<input type="checkbox"/>
Πόσο ευχαριστημένες είστε από τις υπάρχουσες Υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας;	Λίγο	<input type="checkbox"/>
	Αρκετά	<input type="checkbox"/>
	Πολύ	<input type="checkbox"/>

Αιτιολογείστε.....  
 .....  
 .....

## Ζ. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

---

Περιγράψτε την κατοικία σας σύμφωνα με τις παρακάτω επιλογές:

σκηνή  πρόχειρη κατασκευή  σπίτι

άλλο.....

Υπάρχουν διαμορφωμένοι δρόμοι στην περιοχή διαμονής σας;

ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

ΝΑΙ

Υπάρχει υδροδότηση στην περιοχή διαμονής σας;

Αν όχι...

Πού πλένεστε;

.....

Πού πλένετε τα τρόφιμα;

.....

Από πού προμηθεύεστε το νερό που πίνετε;

.....

ΝΑΙ

Υπάρχει ηλεκτροδότηση στην περιοχή διαμονής σας;

Αν όχι...

Πού αποθηκεύετε τα τρόφιμα;

.....

Τι χρησιμοποιείτε για θέρμανση;

.....

Υπάρχει αποχετευτικό σύστημα στην περιοχή διαμονής σας; ΝΑΙ

Αν όχι πως εξυπηρετείτε;.....

.....

Είστε ευχαριστημένη από την κατοικία σας;

ΝΑΙ

Αν όχι τι θα θέλατε να αλλάξετε;

.....

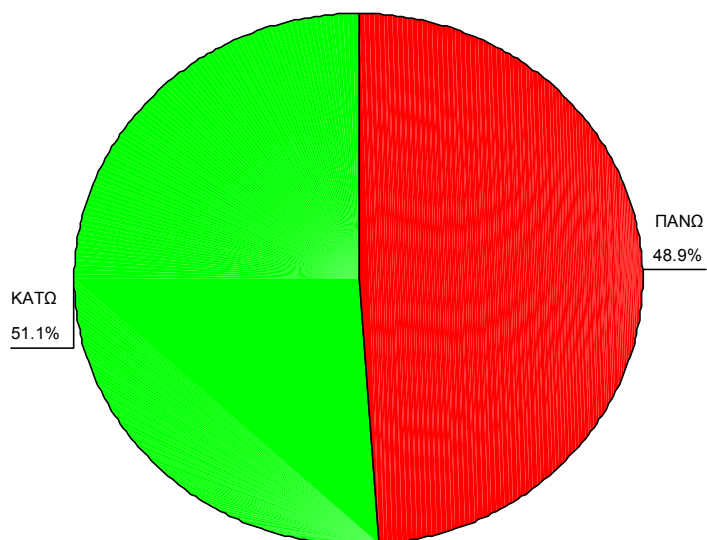
.....

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο σας!

## **B. Γραφήματα αποτελεσμάτων**

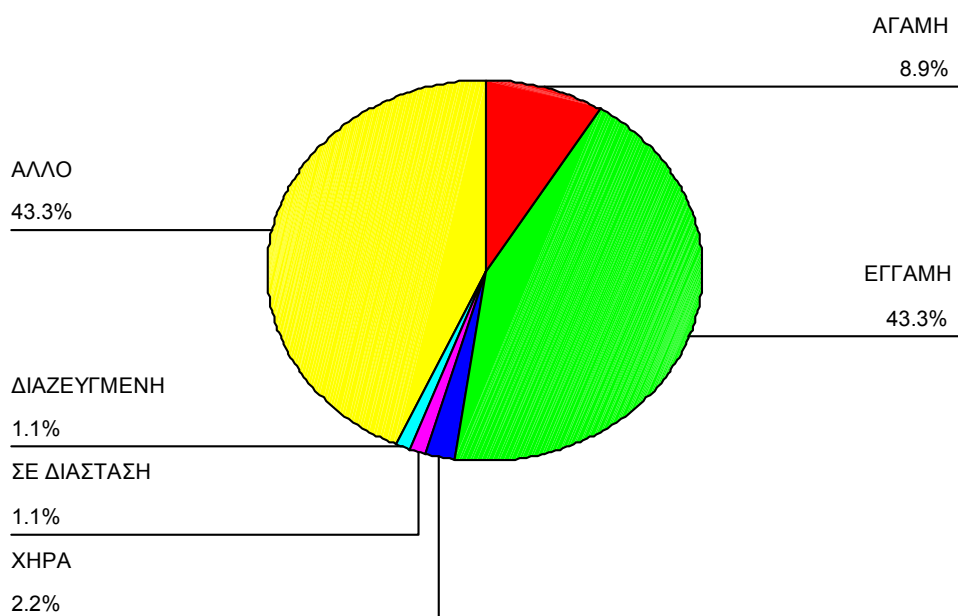
### A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

#### 1. Καταυλισμός

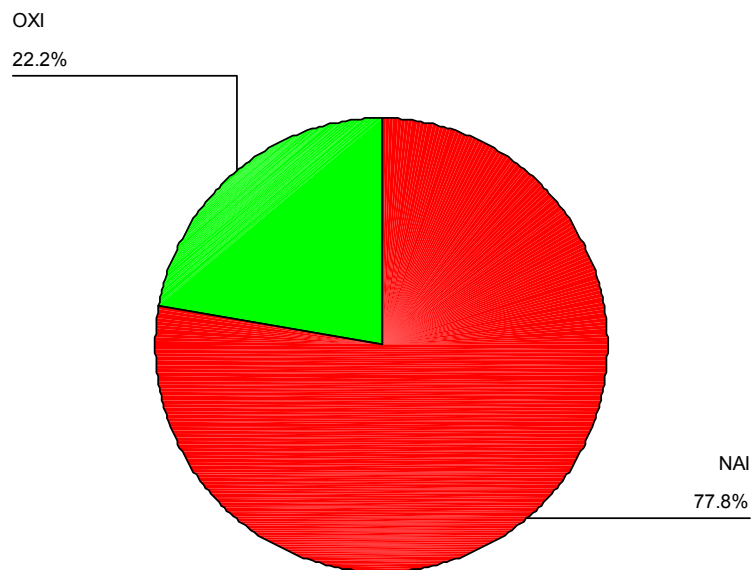


### B. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

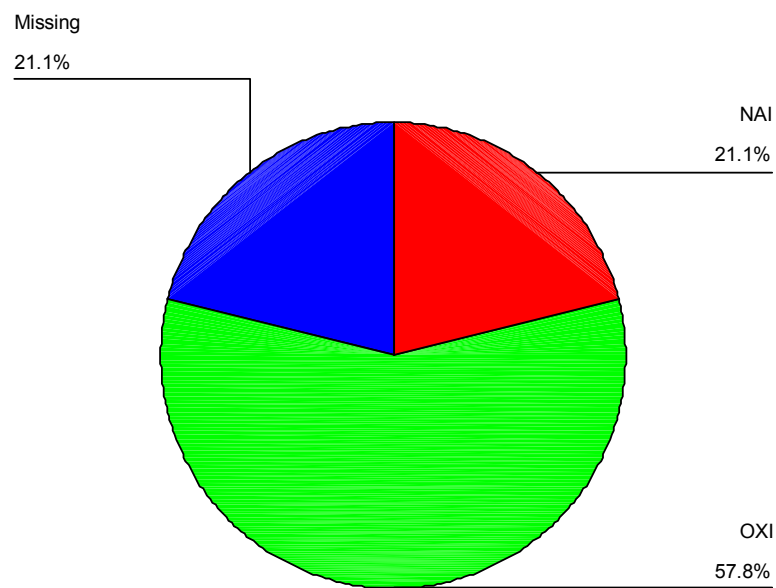
#### 2. Οικογενειακή κατάσταση



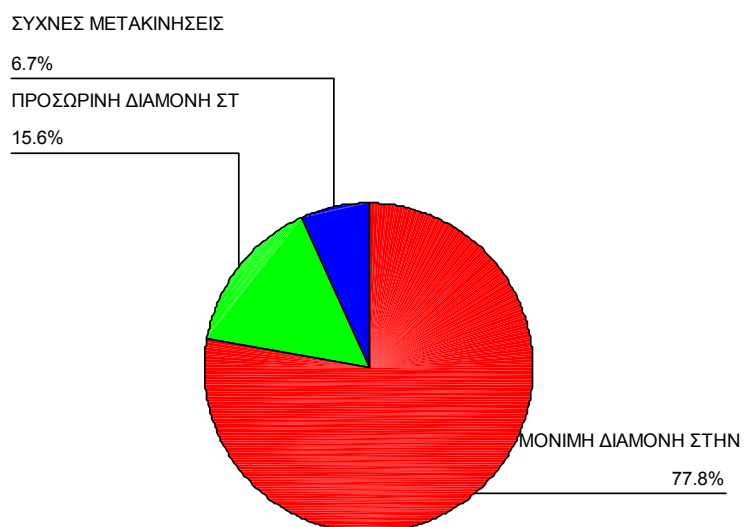
3. Έχετε παιδιά;



4. Τα παιδιά φοιτούν στο σχολείο;

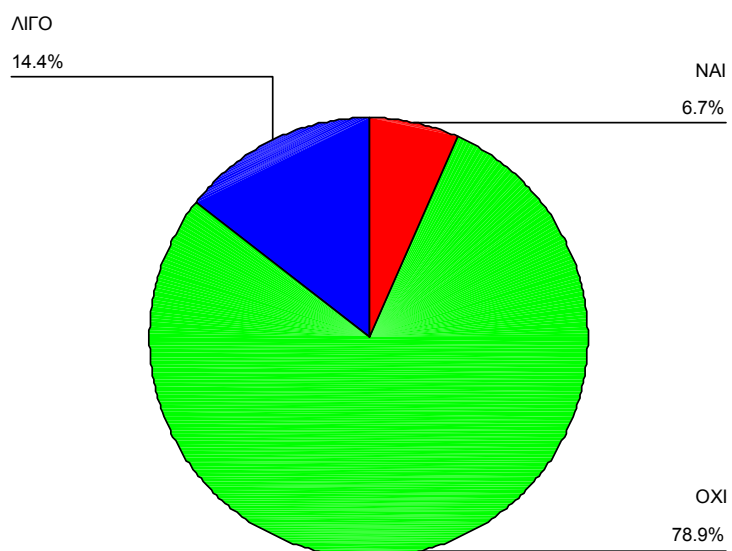


## 5. Σταθερότητα διαμονής

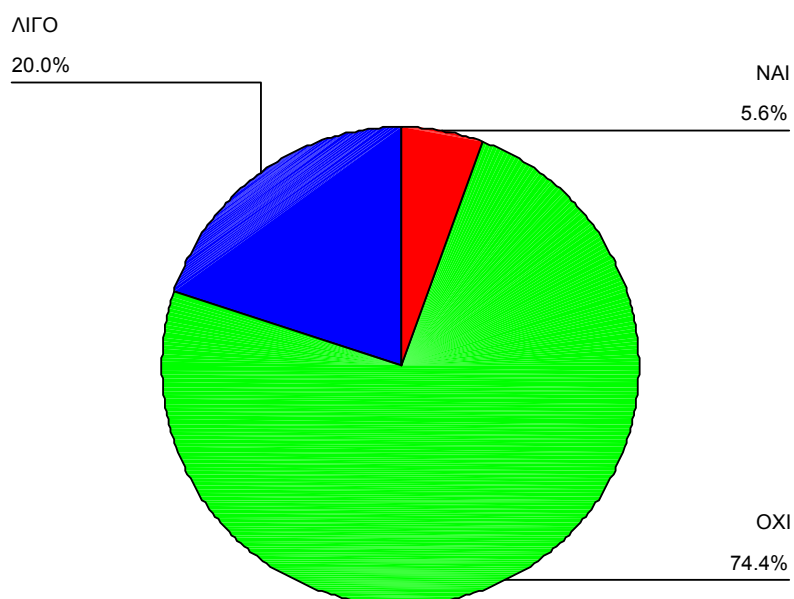


## Γ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

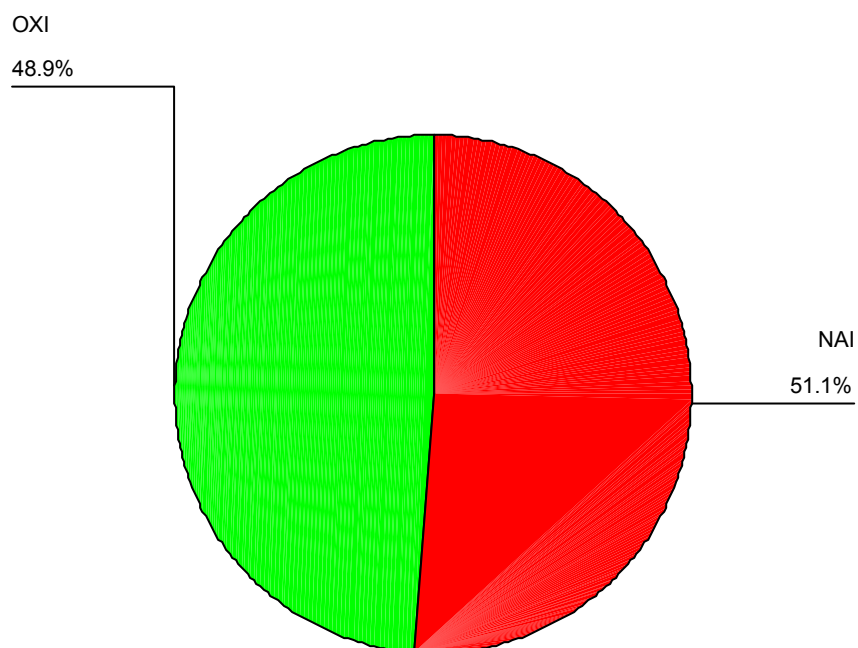
### 6. Γνωρίζετε γραφή;



7. Γνωρίζετε ανάγνωση;

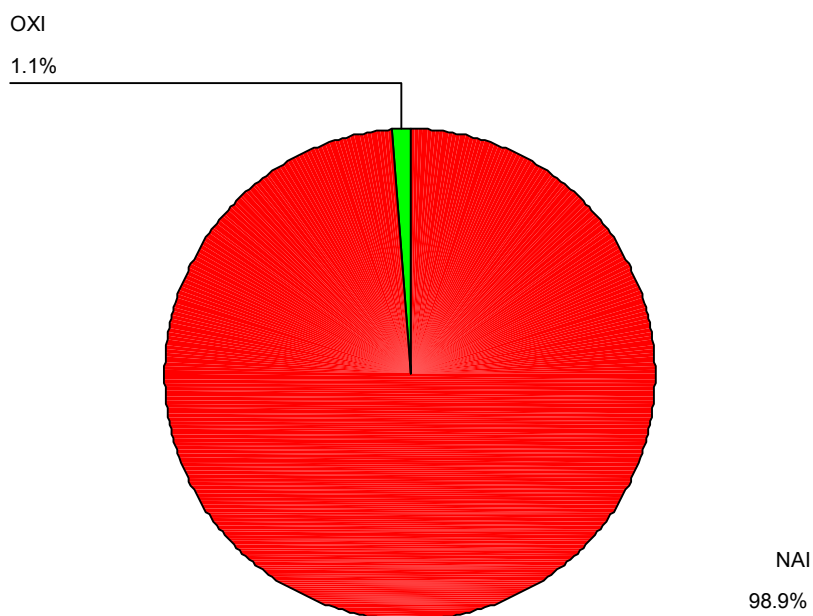


8. Μιλάτε Ρομανί;



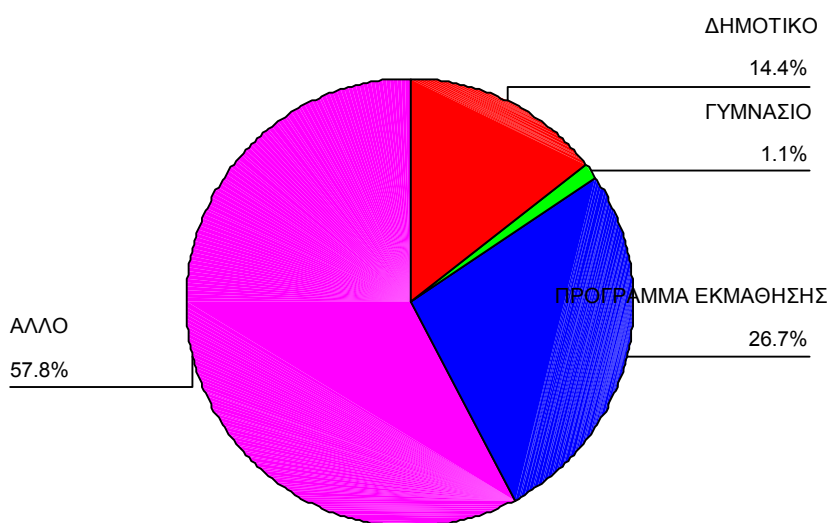


9. Μιλάτε Ελληνικά;

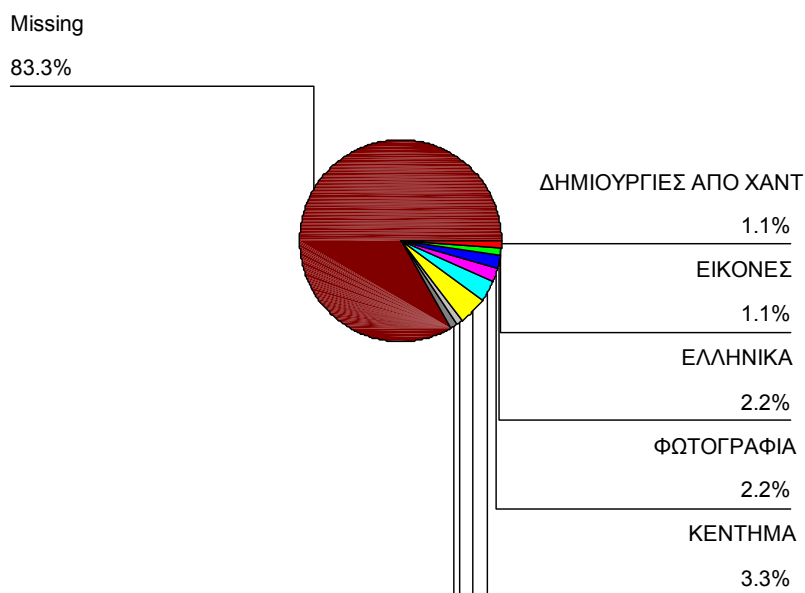


10. Έχετε αποφοιτήσει;

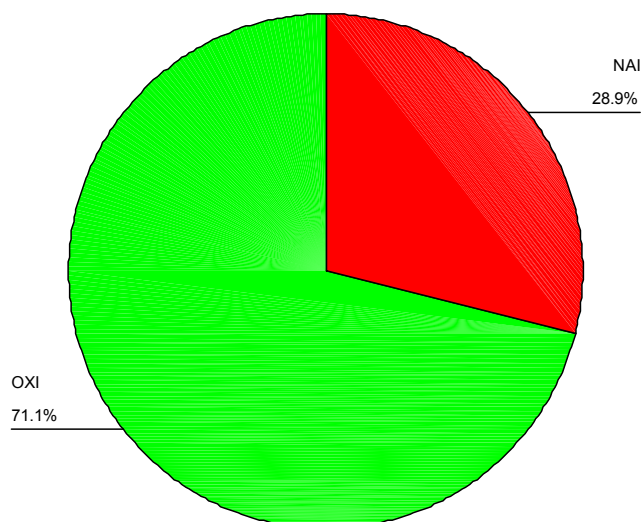
Έχετε αποφοιτήσει από:



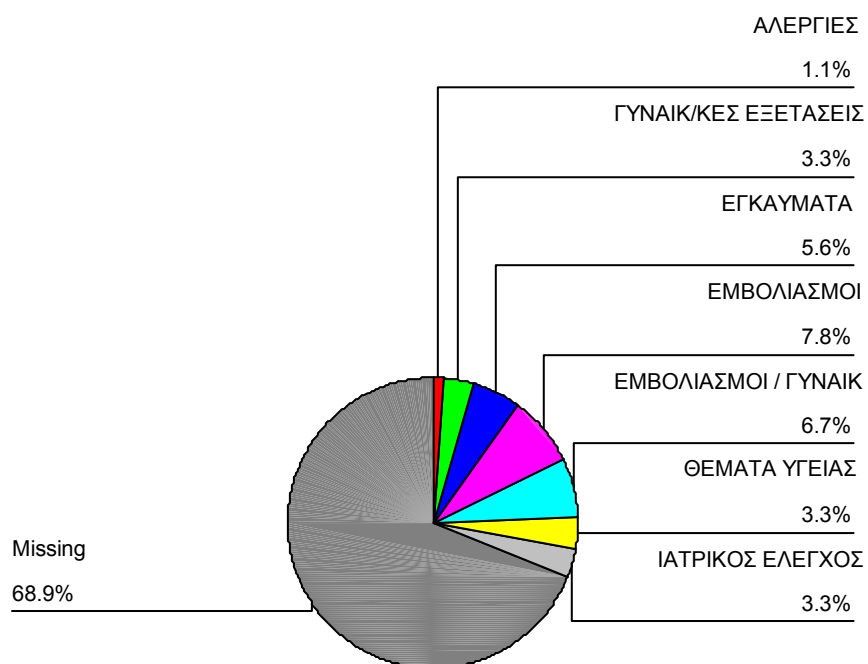
### 11. Ειδικές γνώσεις δεξιότητες



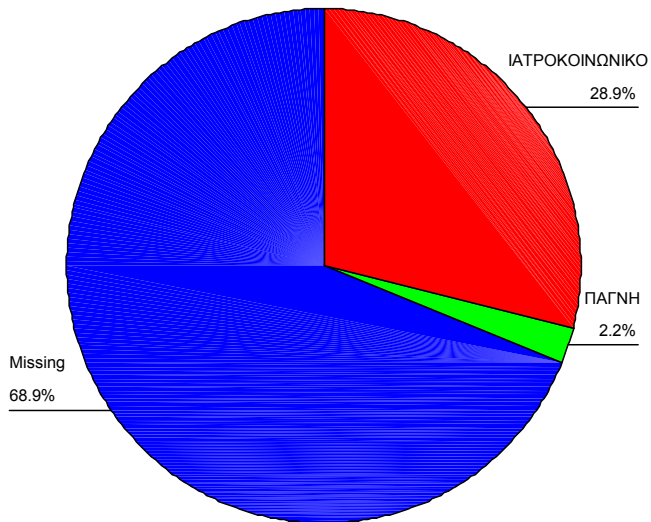
### 12. Έχετε παρακολουθήσει πρόγραμμα σχετικά με την υγεία;



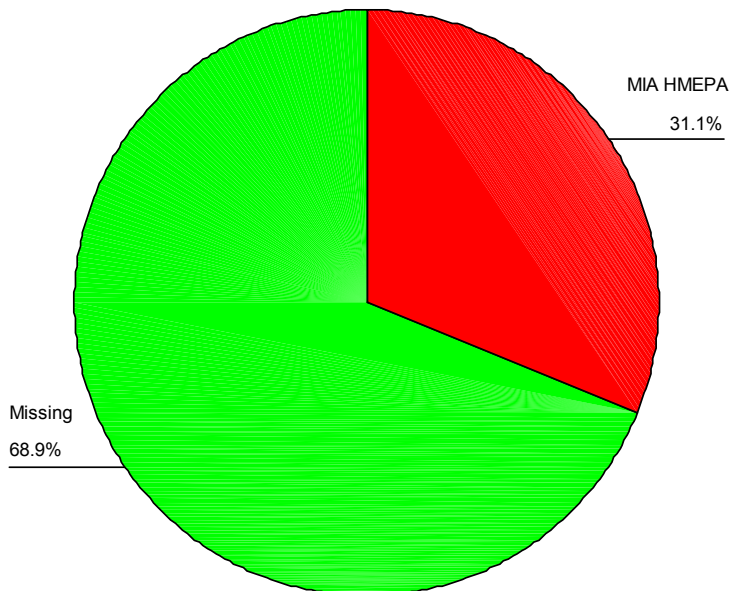
13. Αντικείμενο κατάρτισης του προγράμματος;



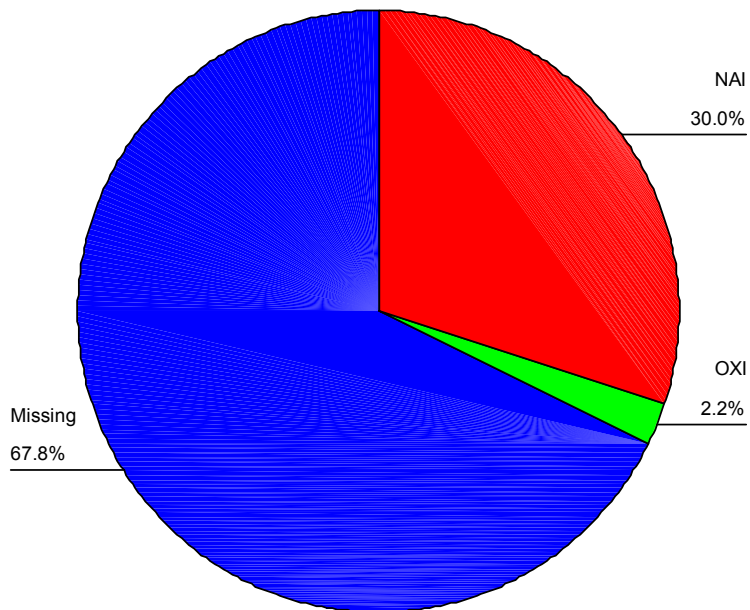
14. Φορέας υλοποίησης;



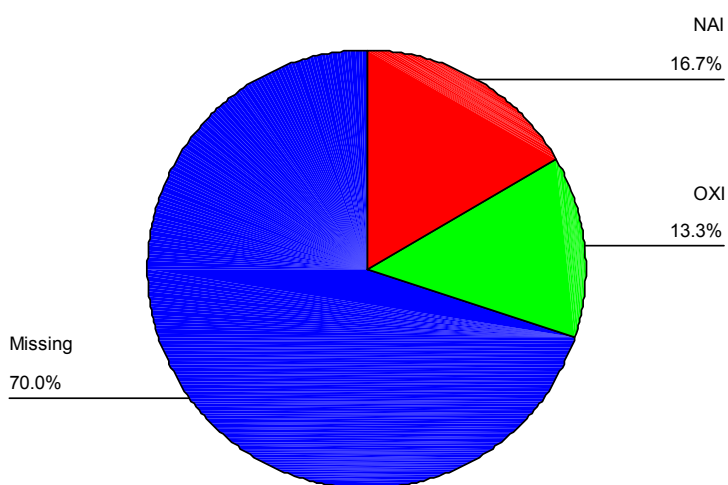
15. Διάρκεια προγράμματος;



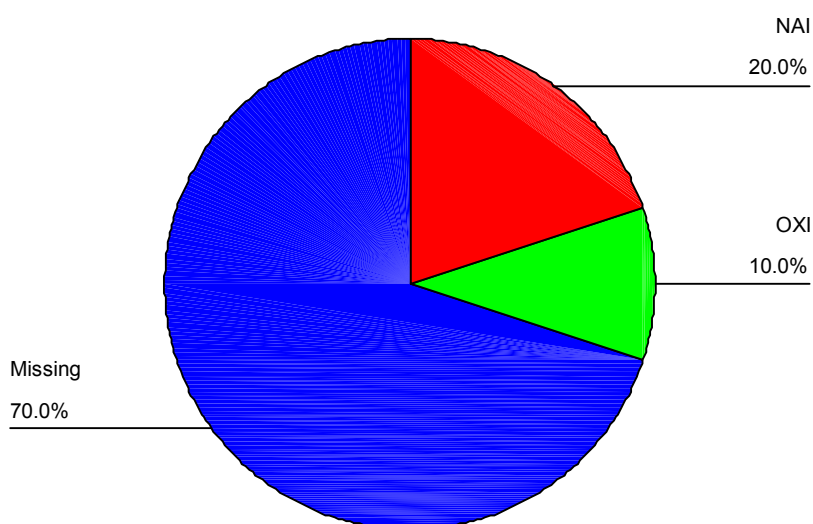
16. Βοηθηθήκατε;



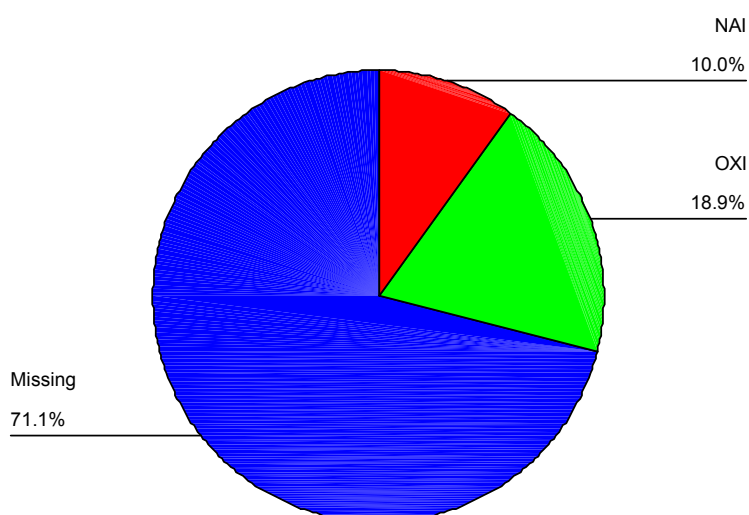
17. Βοηθηθήκατε από τα προγράμματα που παρακολουθήσατε λόγω των εξετάσεων που χρειάστηκε να κάνετε.



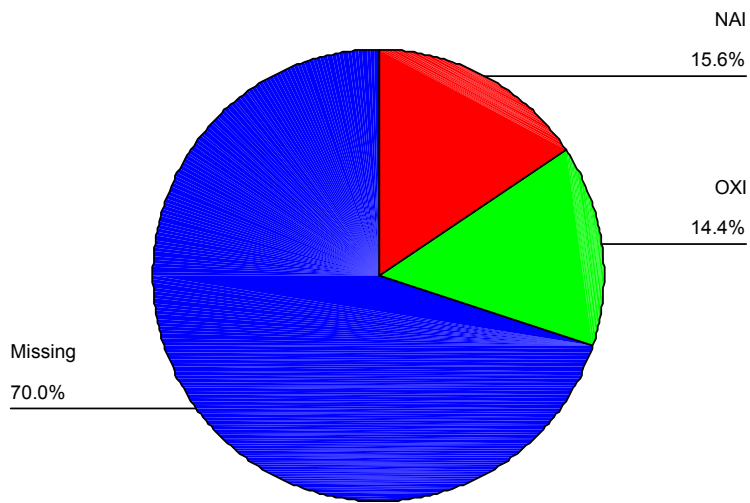
18. Βοηθηθήκατε από τα προγράμματα που παρακολουθήσατε λόγω των εβουλιασμών που κάνατε.



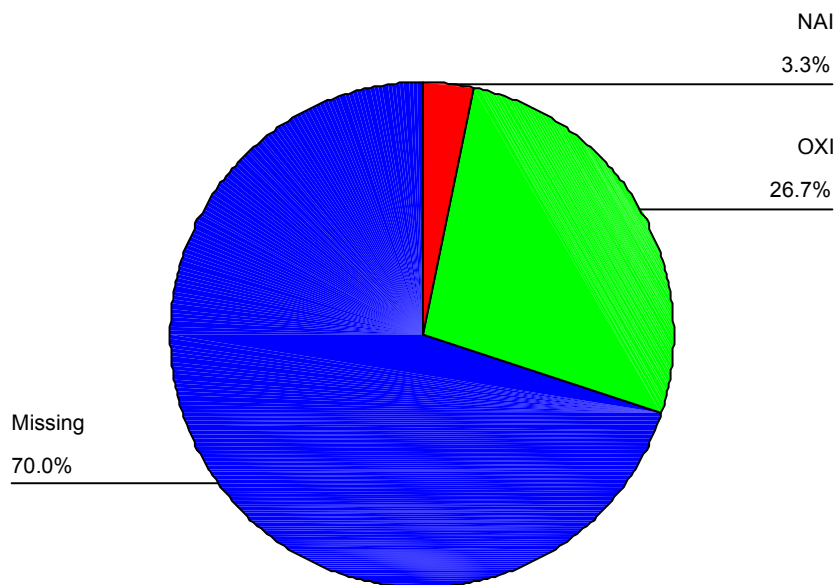
19. Βοηθηθήκατε από τα προγράμματα που παρακολουθήσατε, λόγω των γυναικολογικών ελέγχων που χρειάστηκε να κάνετε.



20. Βοηθηθήκατε από τα προγράμματα που παρακολουθήσατε λόγω των γενικών γνώσεων που πήρατε.

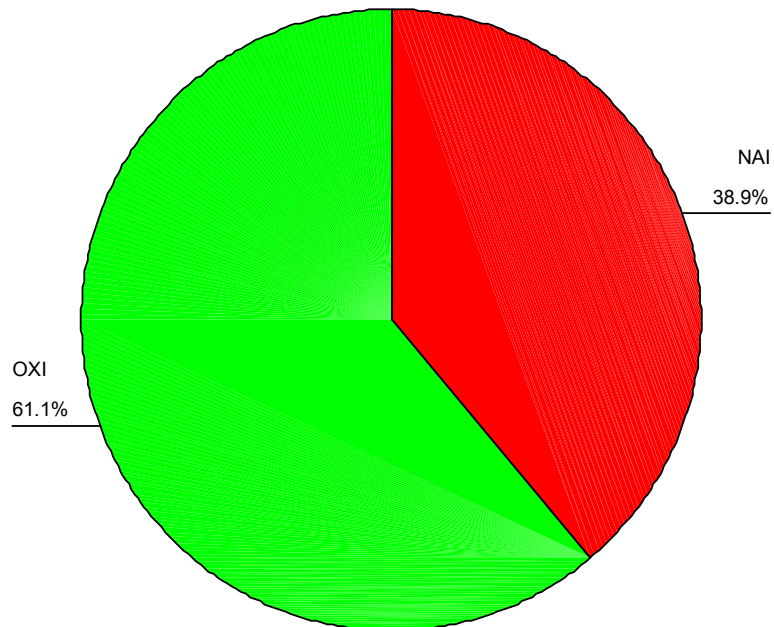


21. Βοηθηθήκατε από τα προγράμματα που παρακολουθήσατε για κάποιο άλλο λόγο.



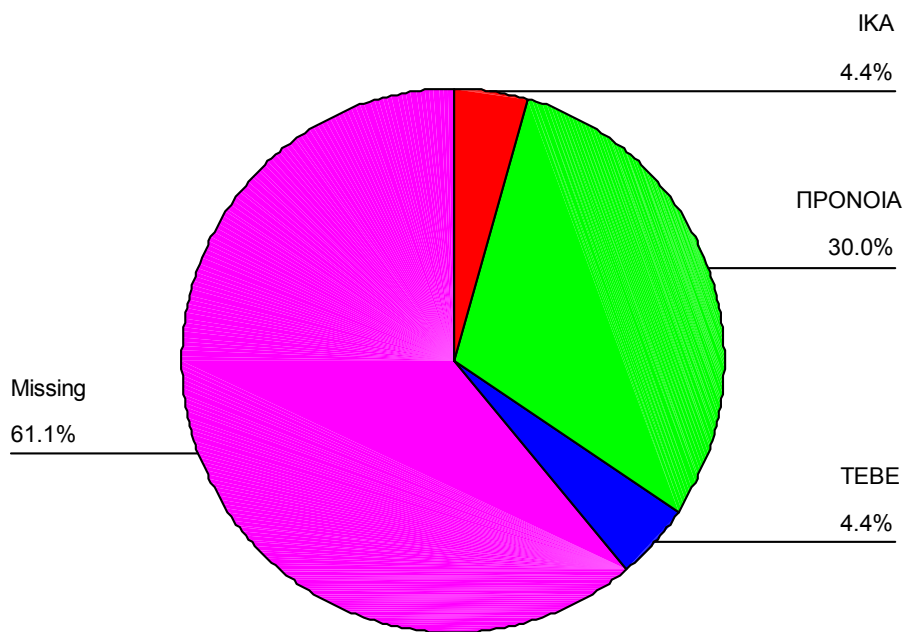
Δ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

22. Έχετε βιβλιάριο υγείας;

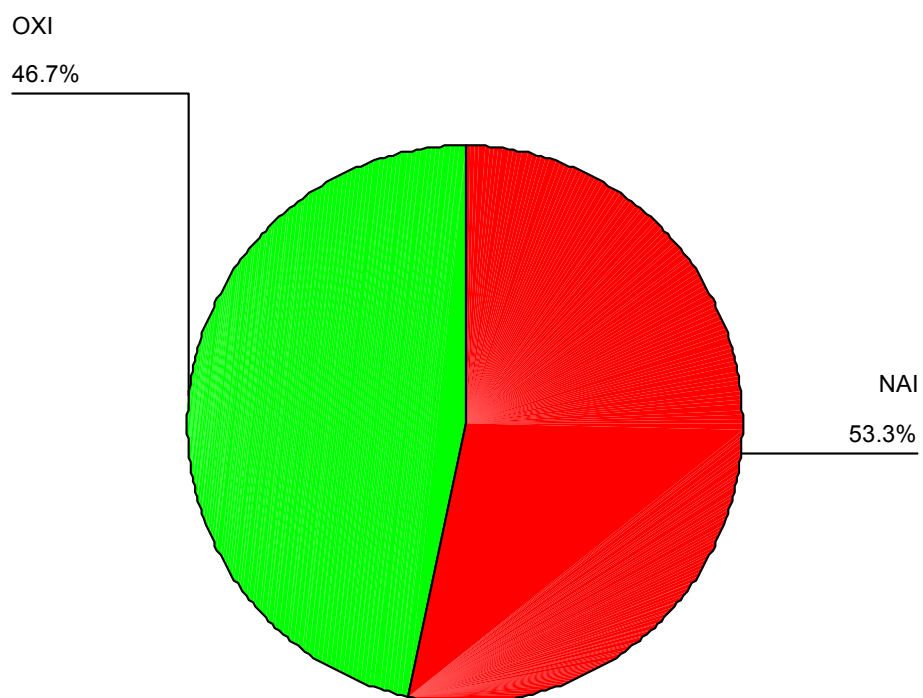


23. Φορέας έκδοσης βιβλιαρίου υγείας.

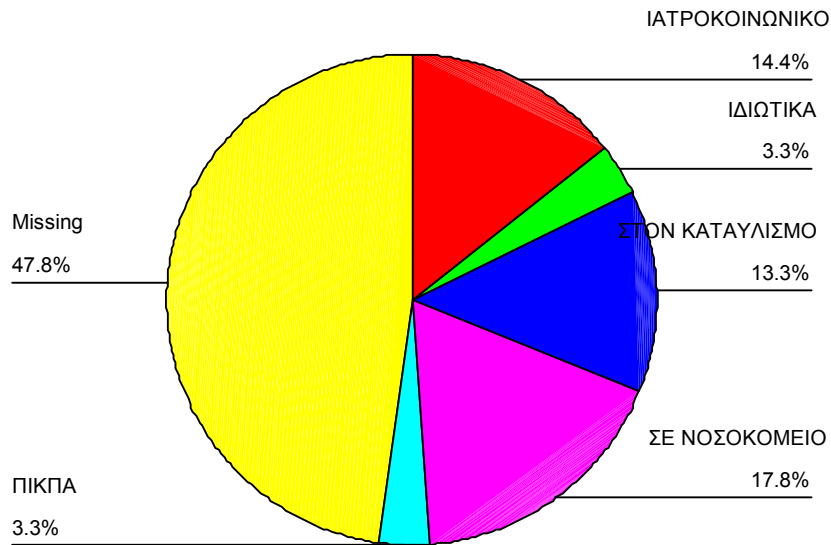




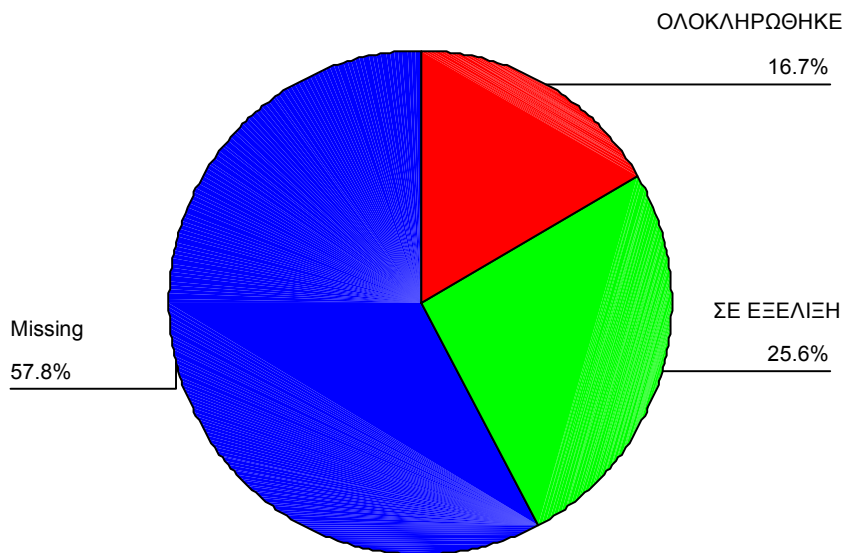
24. Έχετε εμβολιαστεί;



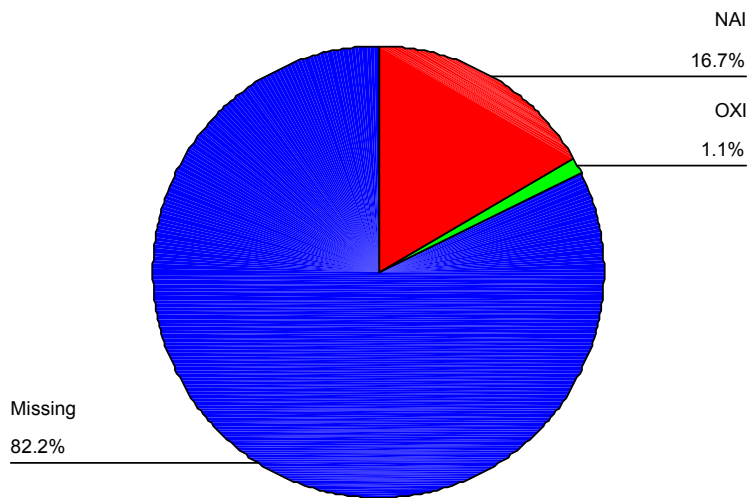
25. Που εμβολιαστήκατε;



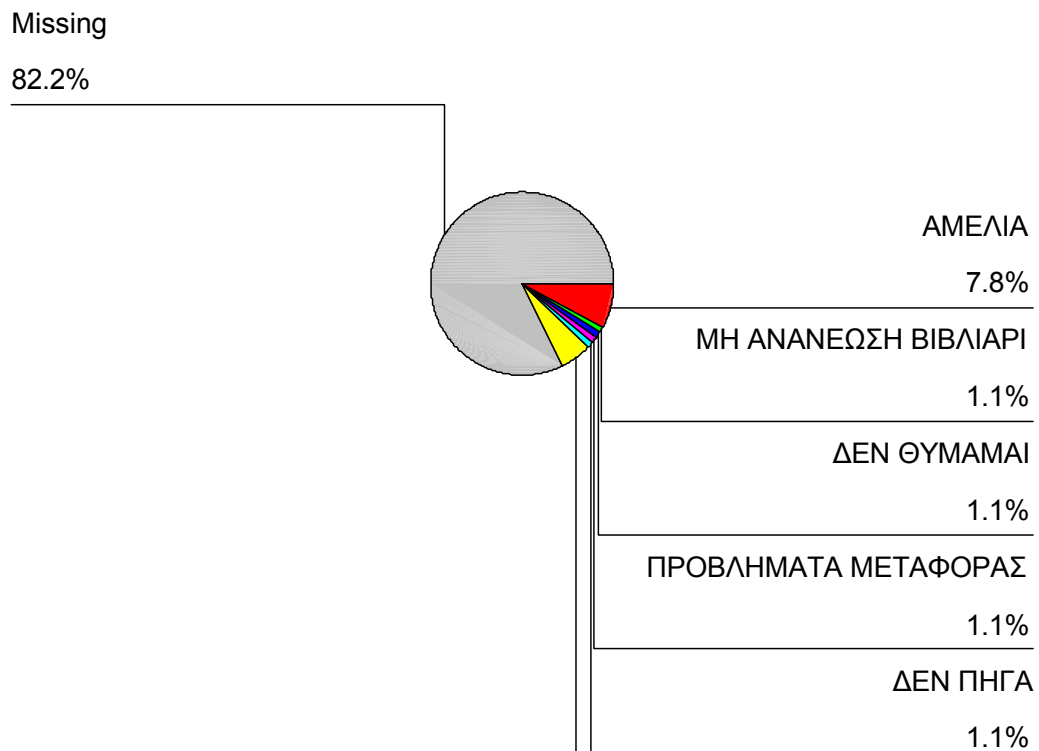
26. Έχει ολοκληρωθεί ο εμβολιασμός;



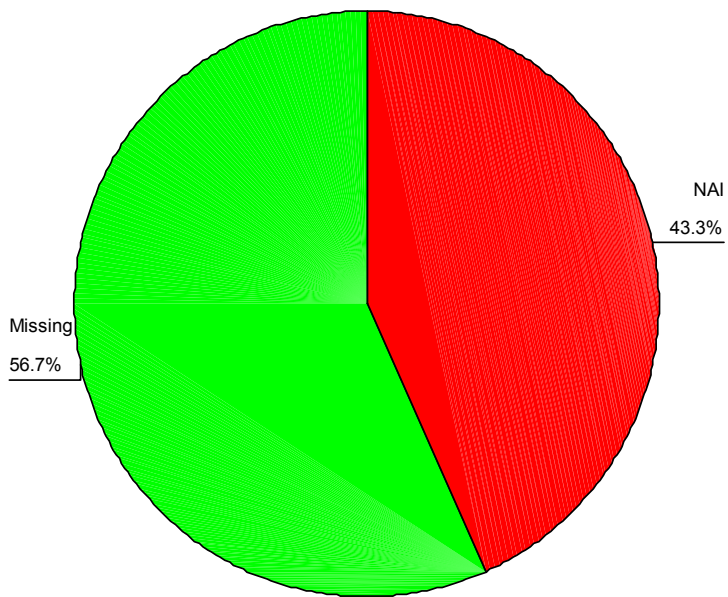
27. Ο εμβολιασμός σας ξεκίνησε όμως δεν ολοκληρώθηκε;



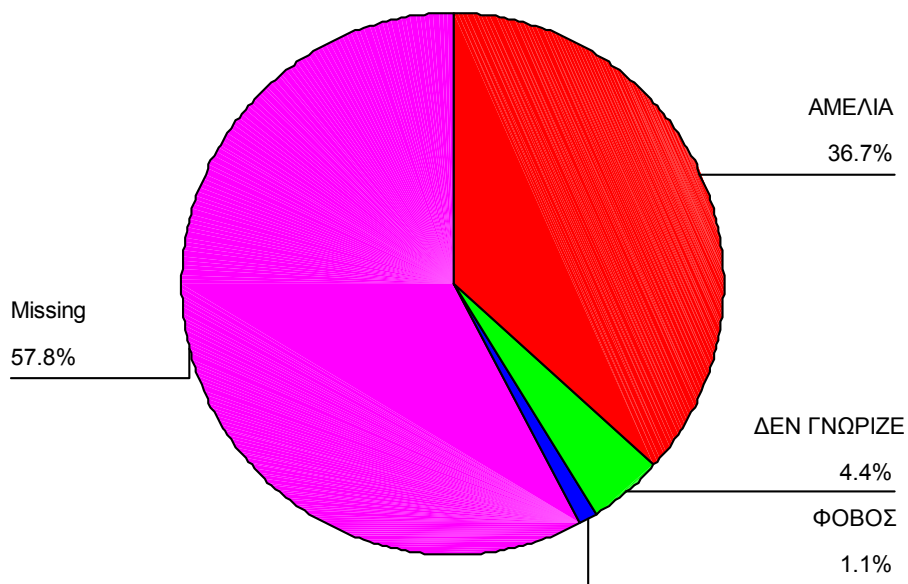
28. Ο λόγος που ο εμβολιασμός σας ξεκίνησε χωρίς να ολοκληρωθεί;



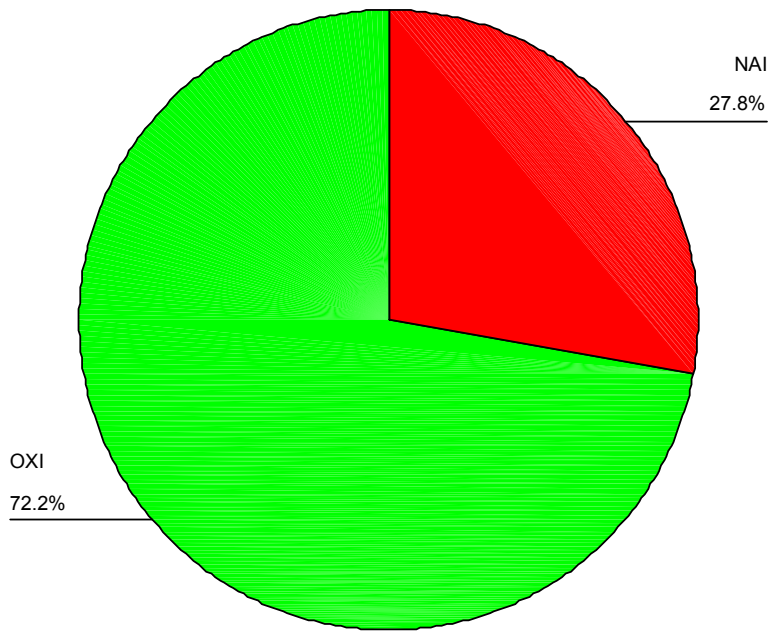
29. Ο εμβολιασμός σας δεν ξεκίνησε καθόλου;



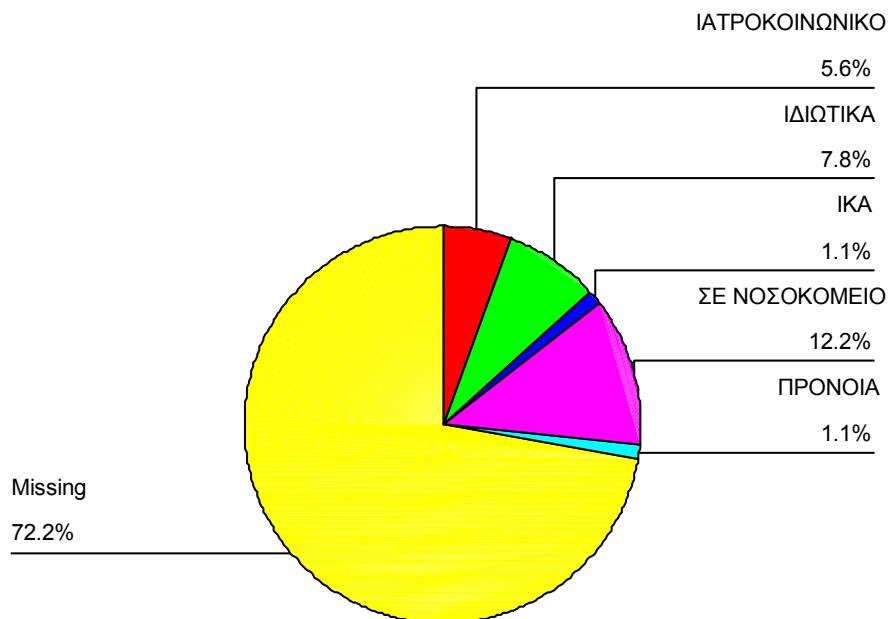
30. Ο λόγος που ο εμβολιασμός σας δεν ξεκίνησε καθόλου;



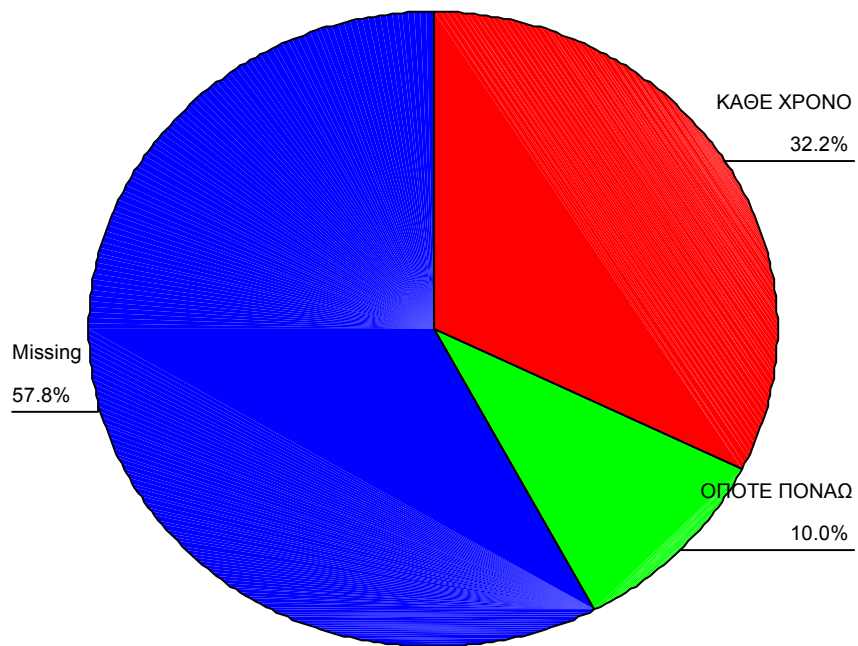
31. Έχετε περάσει από οδοντιατρικό έλεγχο;



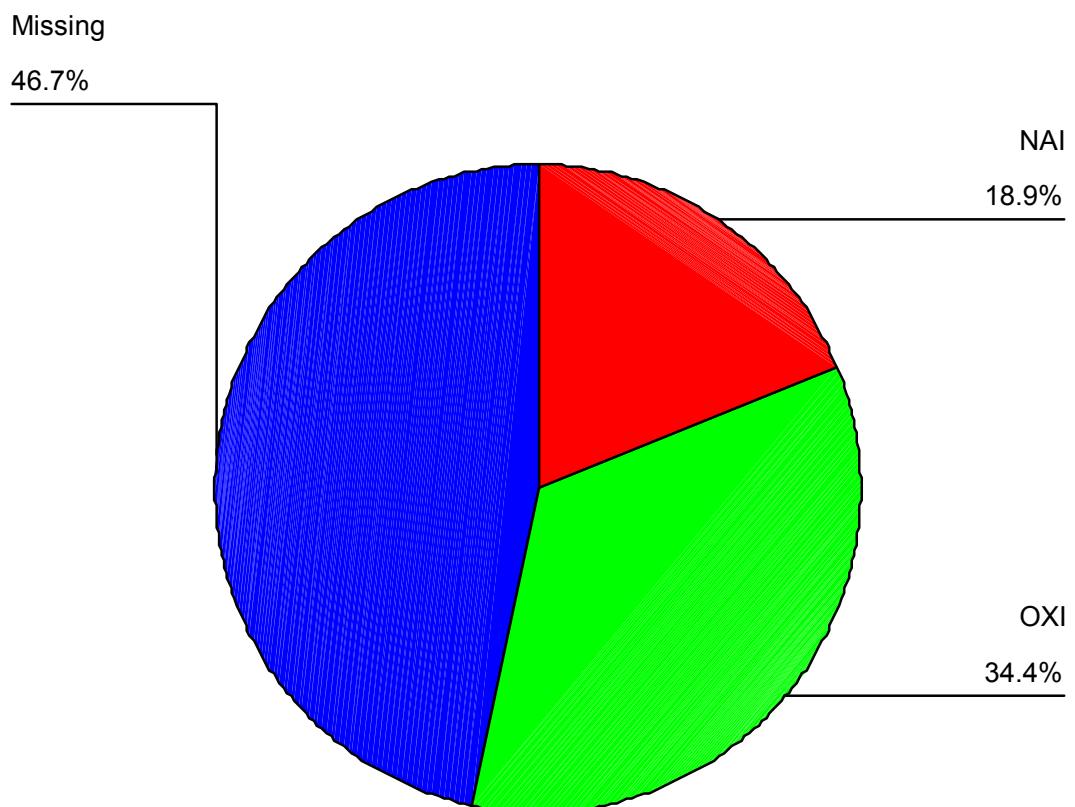
32. Που κάνατε τον οδοντιατρικό έλεγχο;



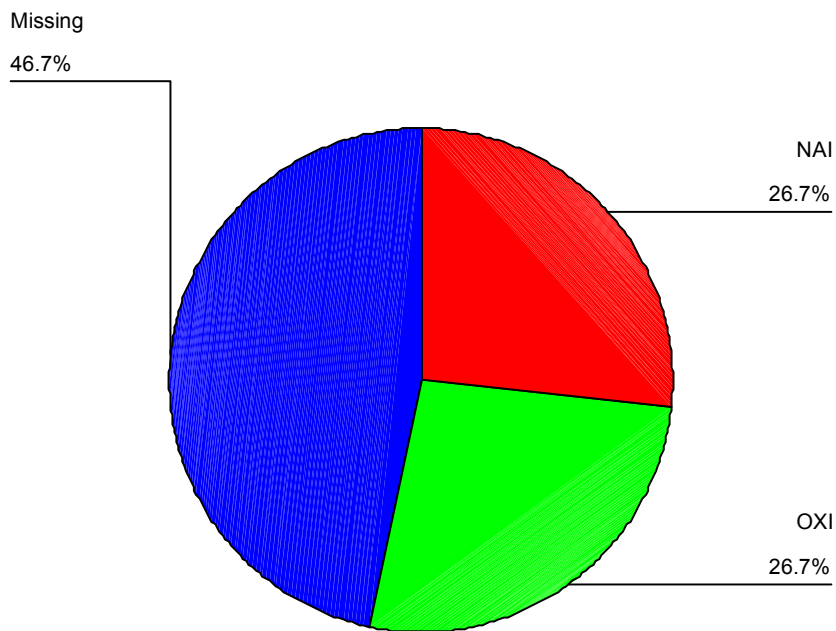
33. Κάθε πότε περνάτε από οδοντιατρικό έλεγχο;



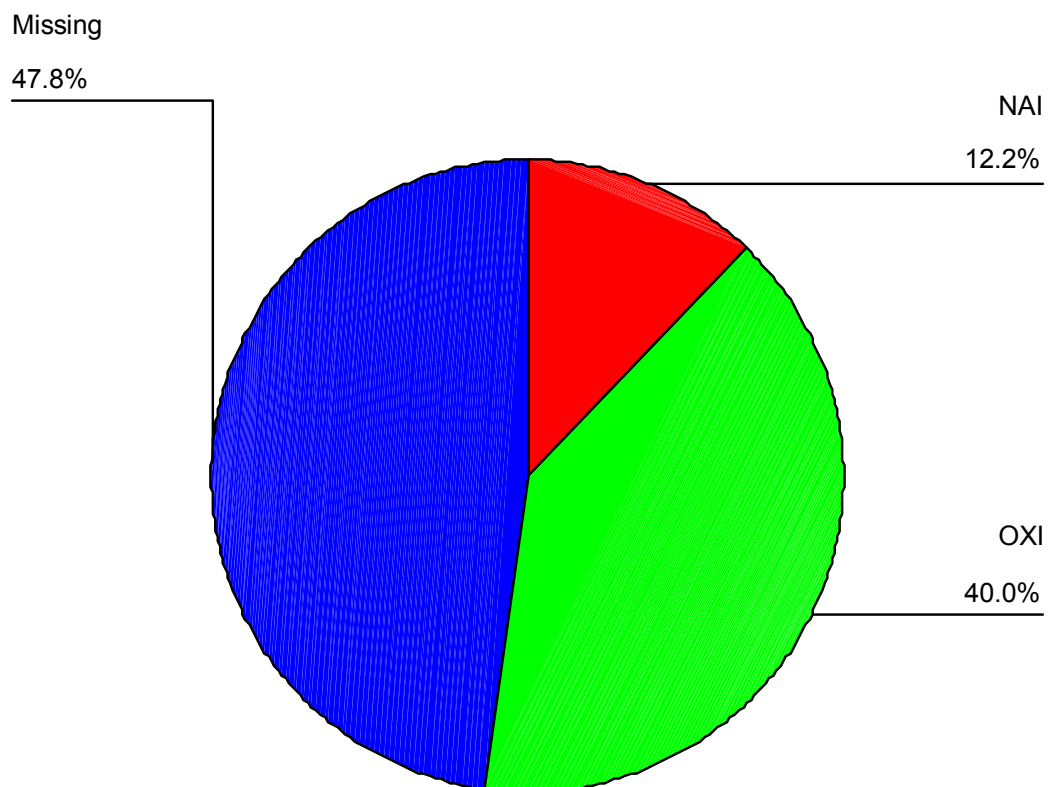
34. Είχατε ποτέ προβλήματα υγείας παθολογικά;



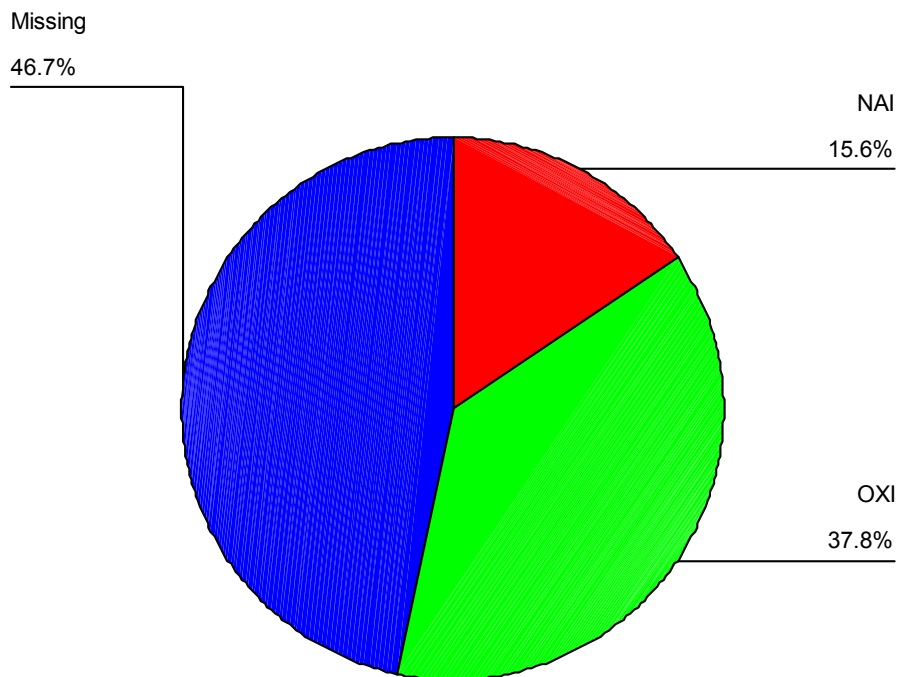
35. Είχατε ποτέ προβλήματα υγείας γυναικολογικά;



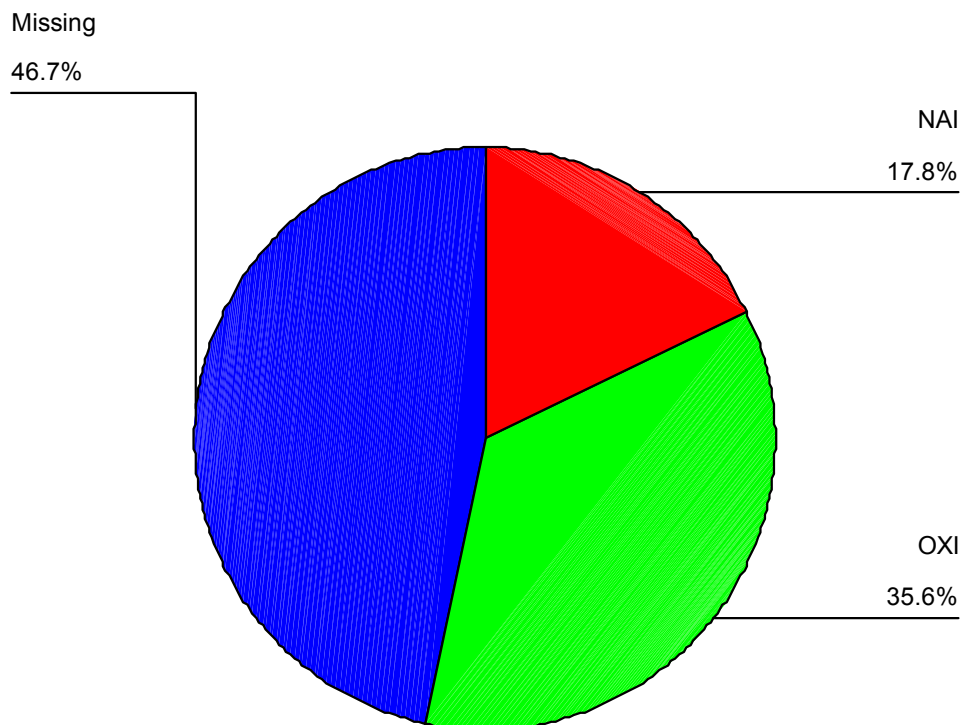
36. Είχατε ποτέ προβλήματα υγείας δερματολογικά;



37. Είχατε ποτέ προβλήματα υγείας αλλεργικά;

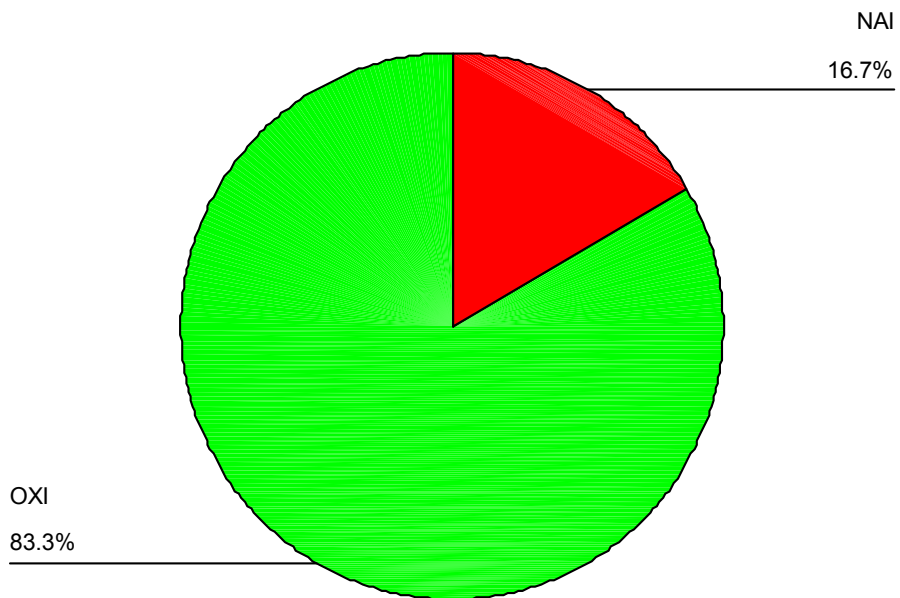


38. Είχατε ποτέ προβλήματα υγείας ψυχολογικά;

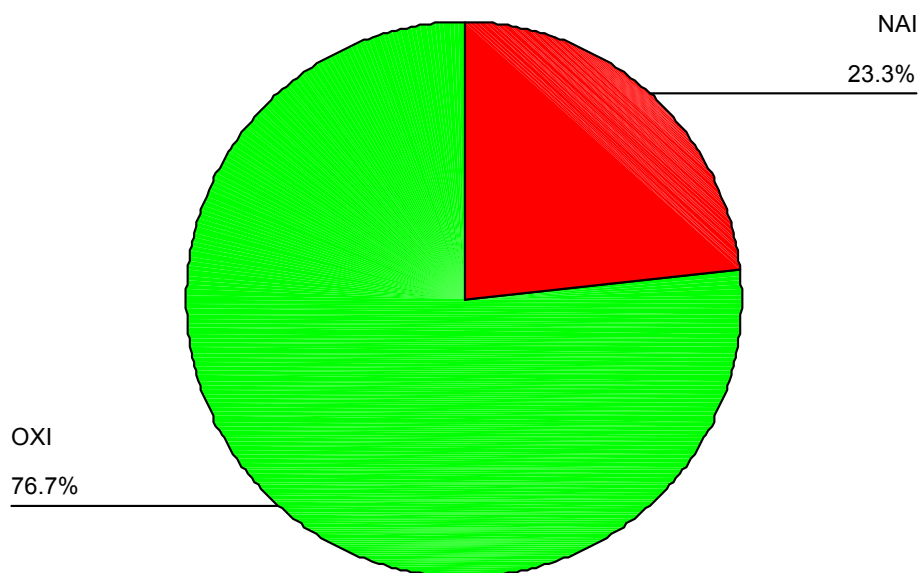




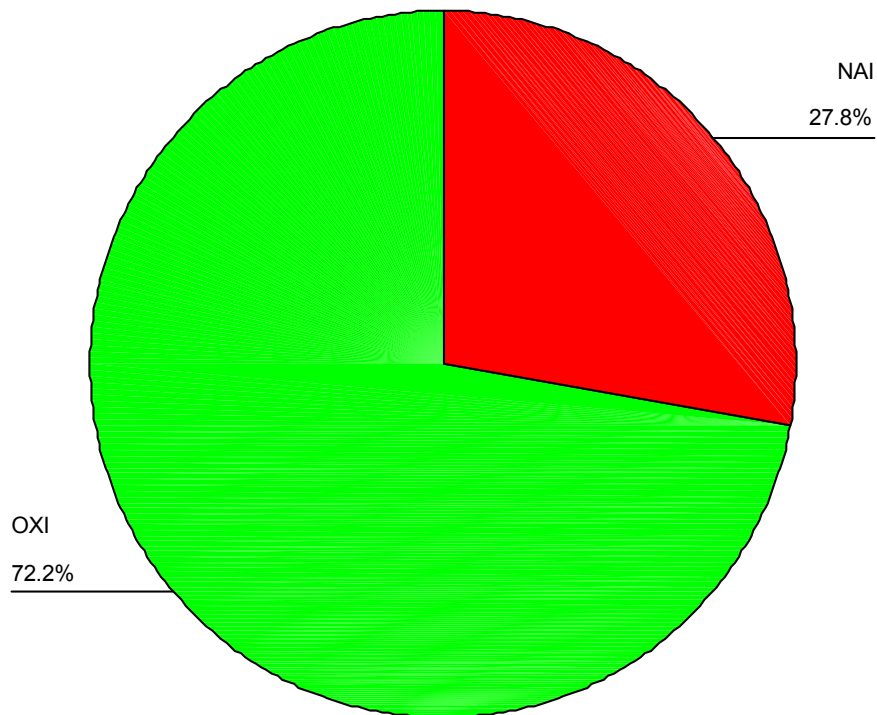
39. Είχατε ποτέ άλλα προβλήματα υγείας;



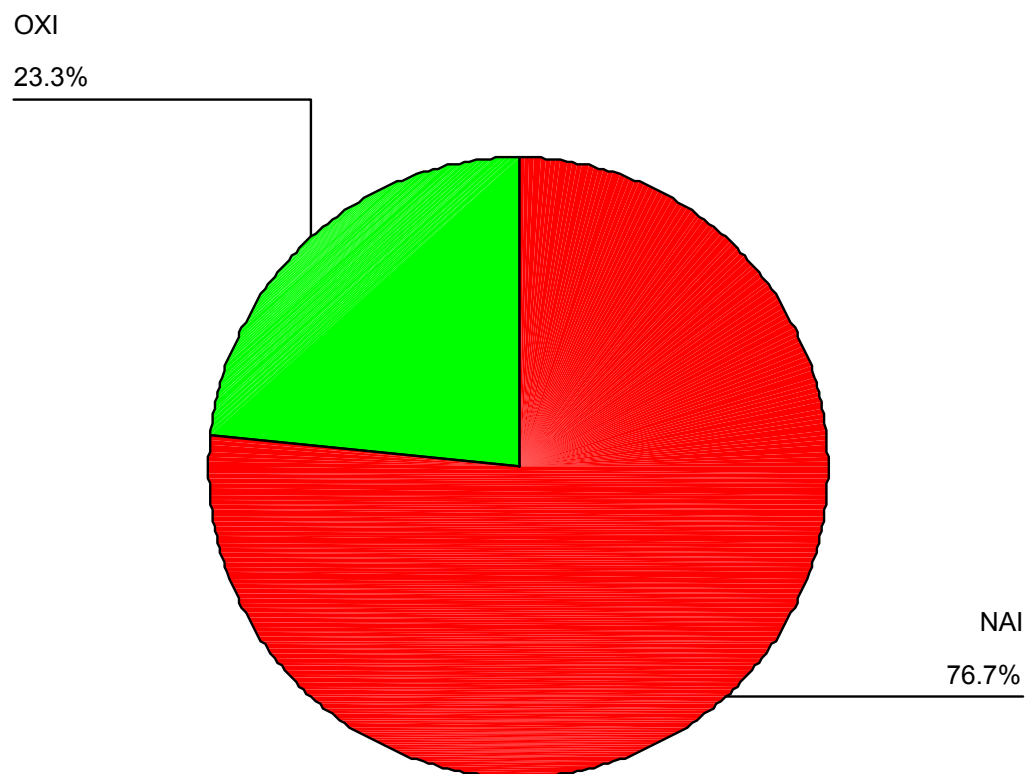
40. Παίρνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή;



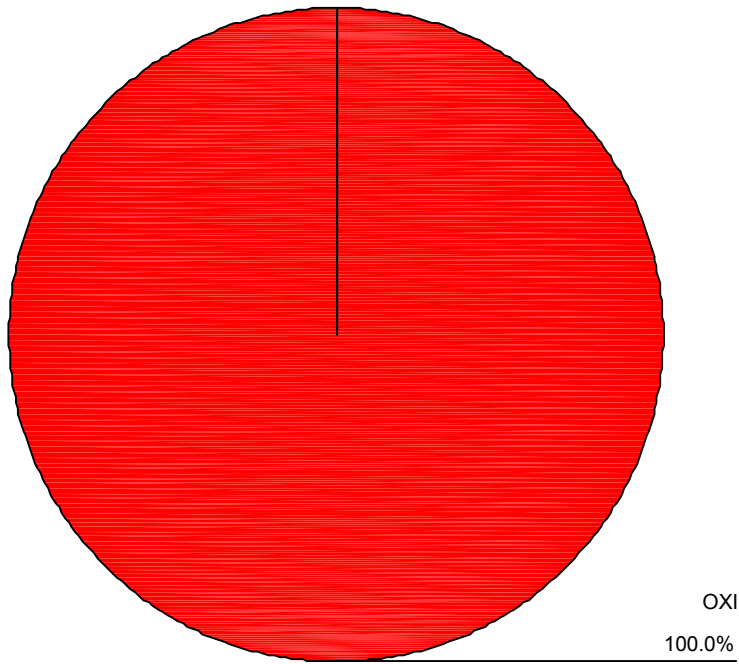
41. Παίρνατε παλιότερα κάποια φαρμακευτική αγωγή;



42. Όταν αρρωσταίνετε, πηγαίνετε στο νοσοκομείο;



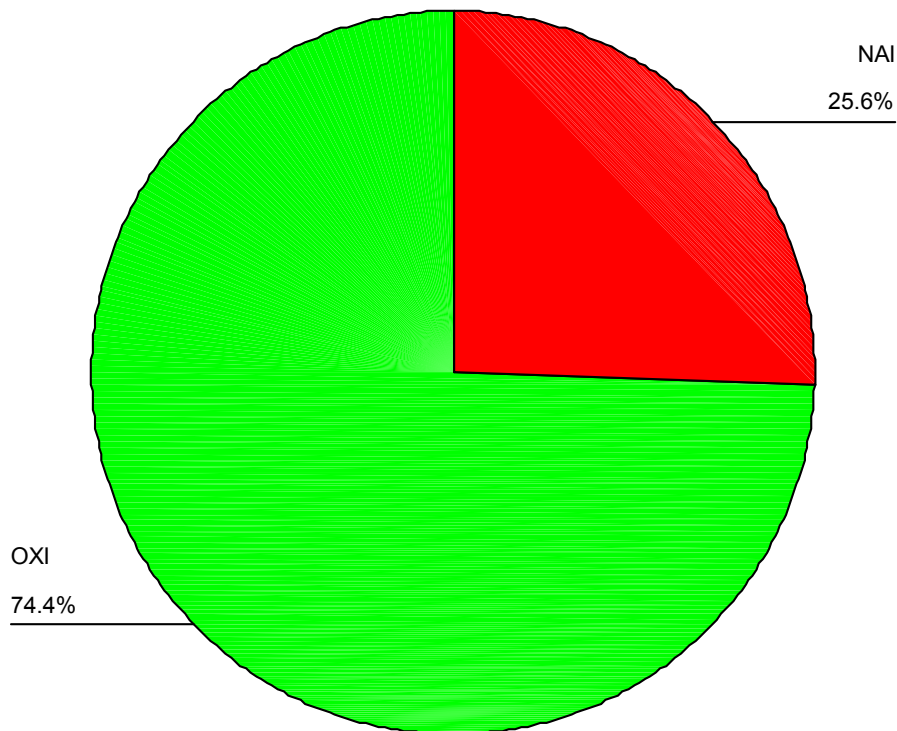
43. Όταν αρρωσταίνετε, πηγαίνετε στο Κέντρο Υγείας;



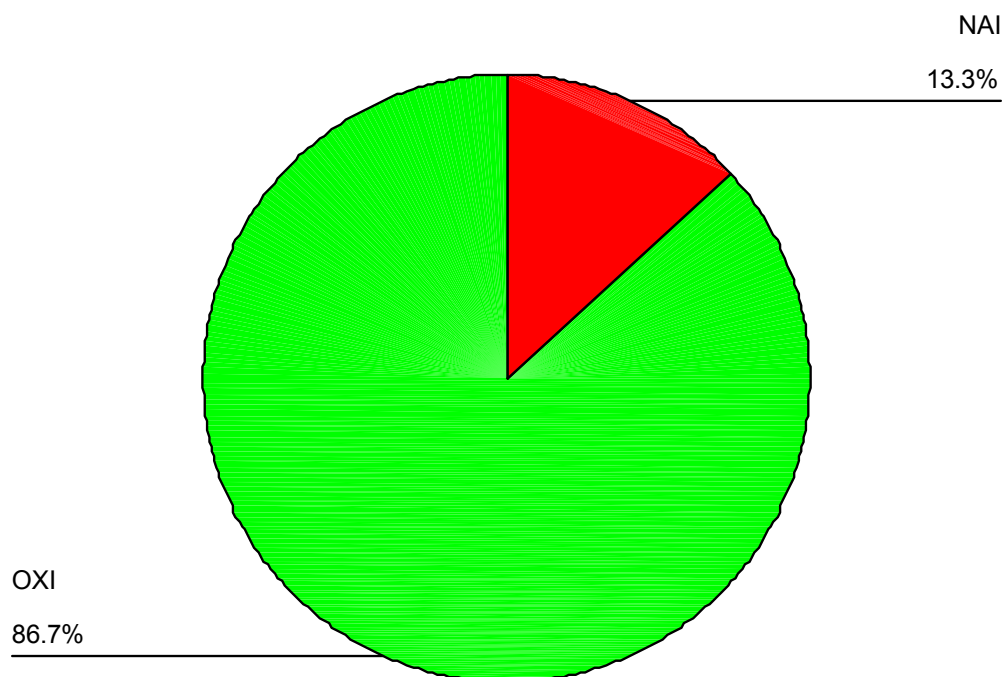
44. Όταν αρρωσταίνετε, πηγαίνετε στο περιφερειακό ιατρείο;



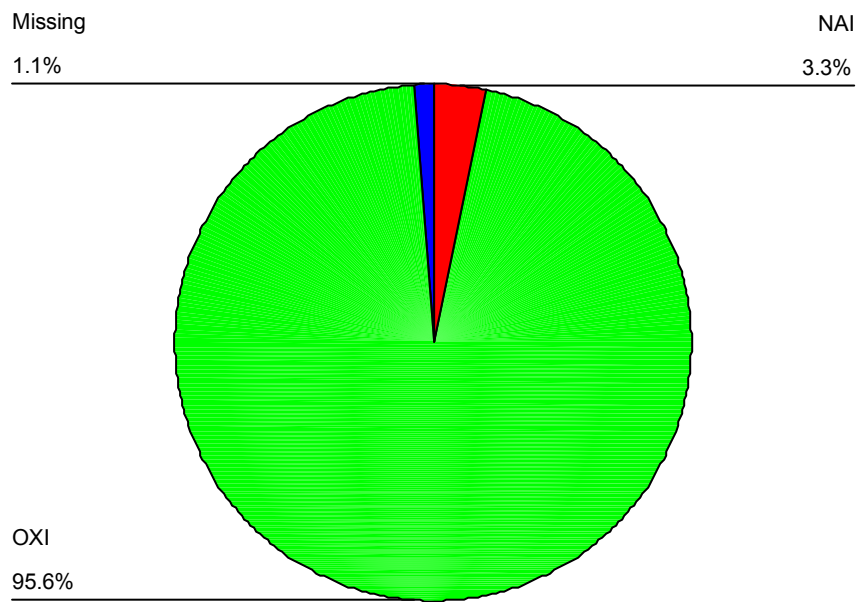
45. Όταν αρρωσταίνετε, πηγαίνετε στο Ιατροκοινωνικό Κέντρο;



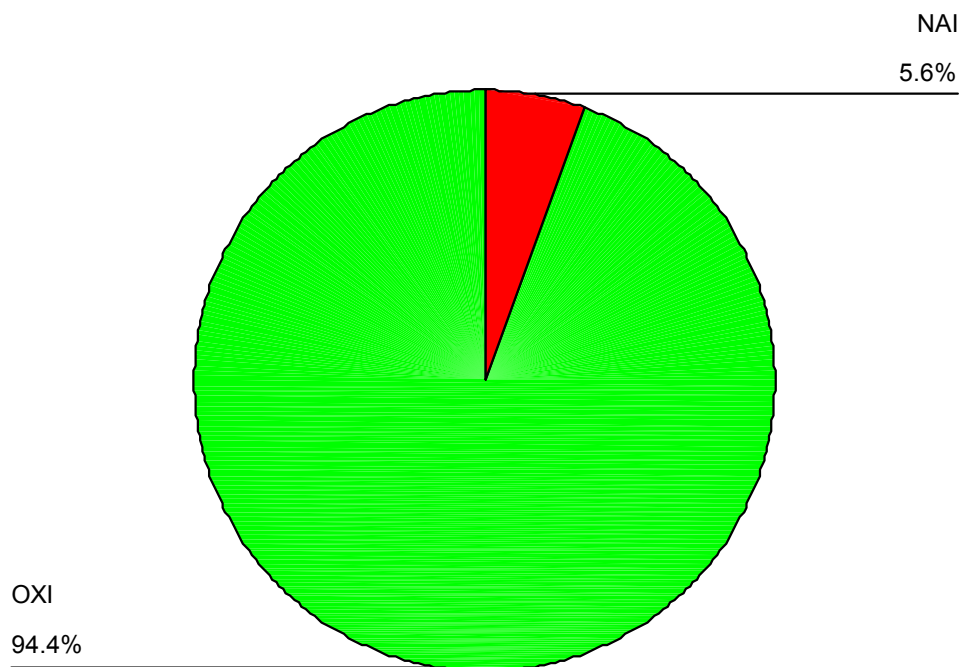
46. Όταν αρρωσταίνετε, πηγαίνετε σε ιδιώτη γιατρό;



47. Όταν αρρωσταίνετε, παίρνετε φάρμακα από κάποιον γνωστό;



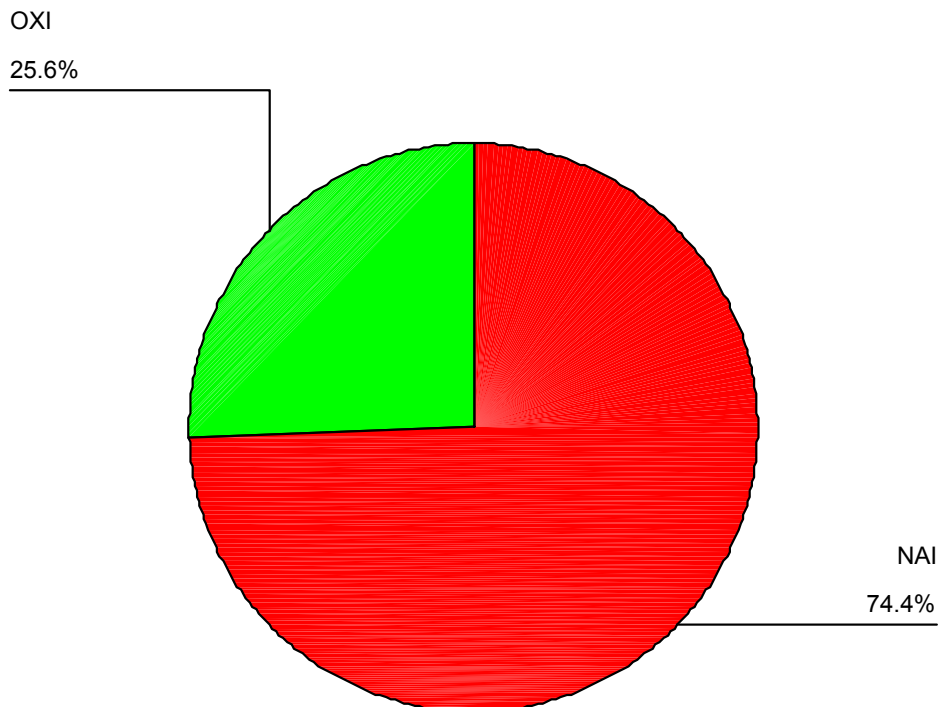
48. Όταν αρρωσταίνετε, συνήθως δεν πάτε πουθενά;



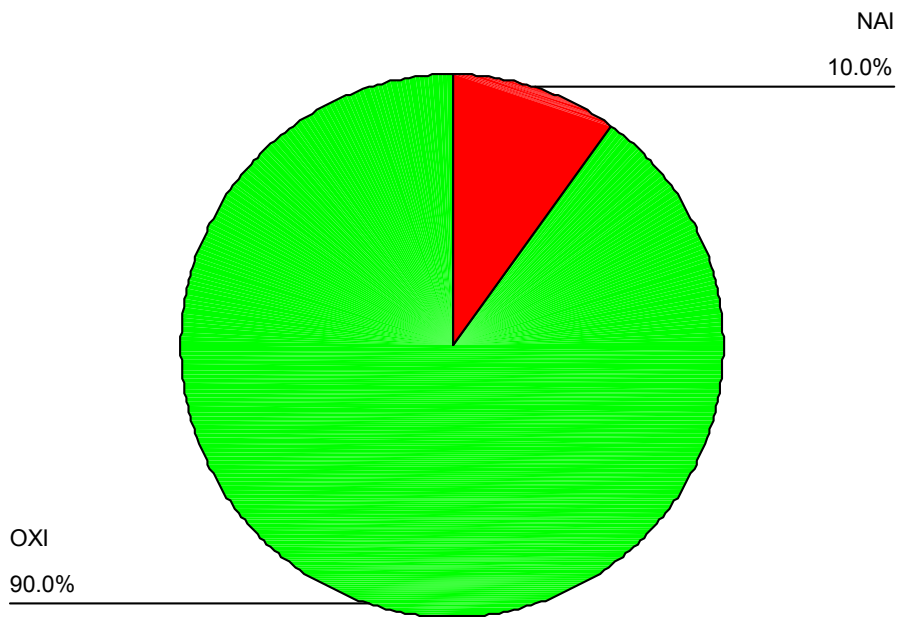
49. Όταν αρρωσταίνετε, συνήθως πηγαίνετε κάπου αλλού;



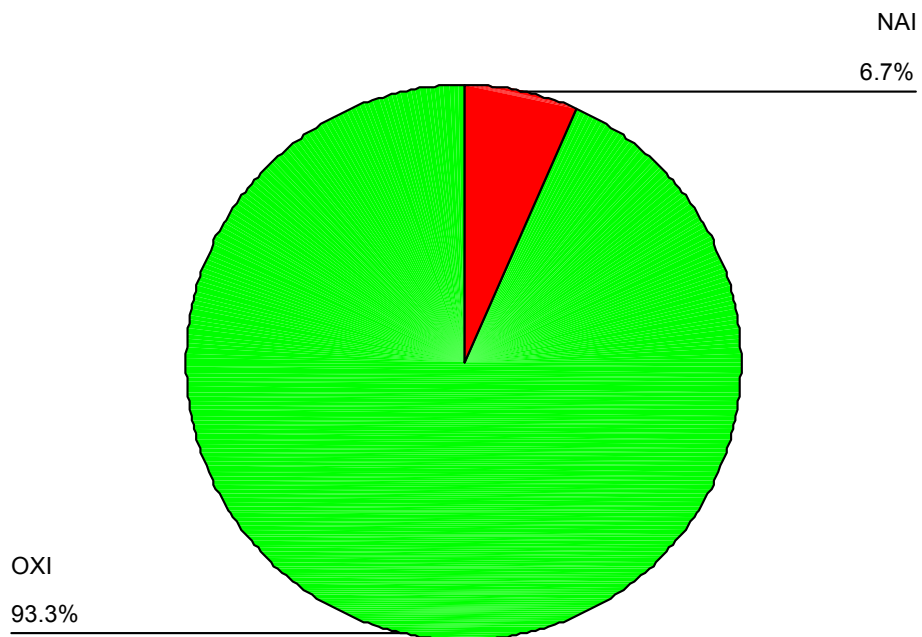
50. Όταν υπάρχει κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας, αυτό παρακολουθείται σε κάποιο νοσοκομείο;



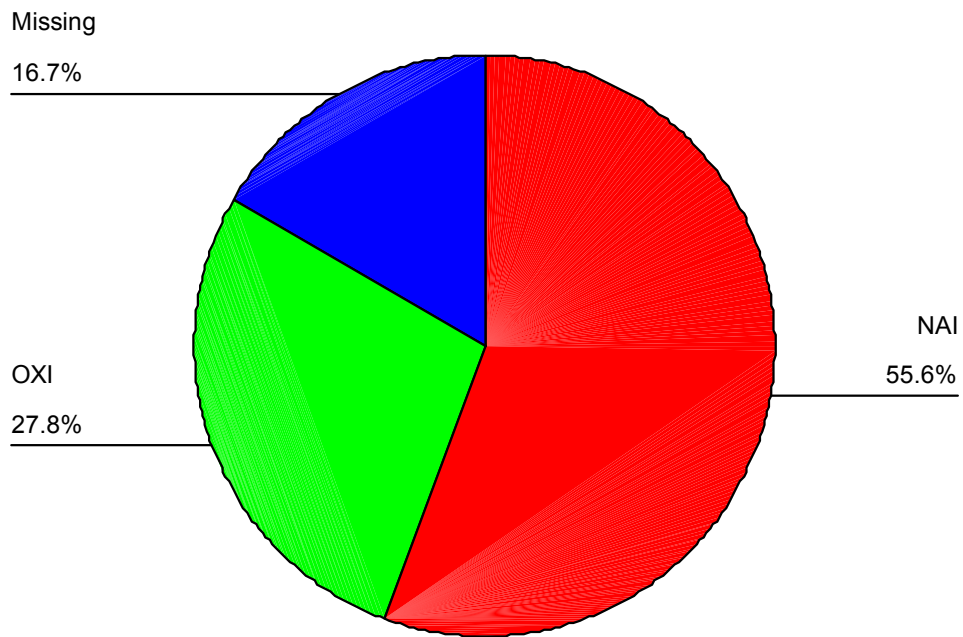
51. Όταν υπάρχει κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας, αυτό το παρακολουθεί ιδιώτης γιατρός;



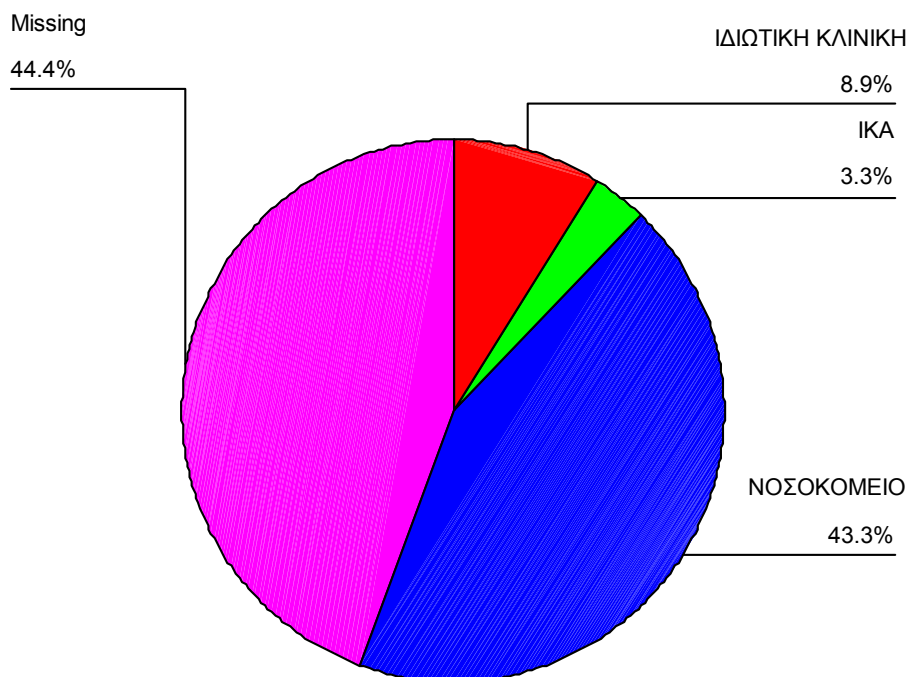
52. Όταν υπάρχει κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας, αυτό δεν το παρακολουθεί κανένας συστηματικά;



53. Λάβατε κάποια παρακολούθηση κατά την διάρκεια της κύησής σας;

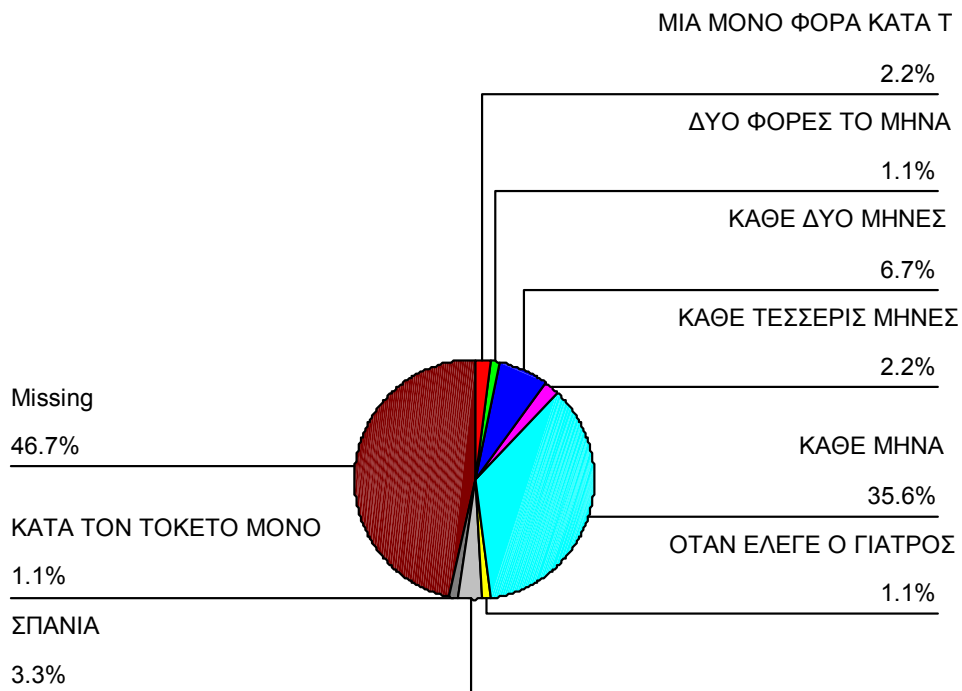


54. Φορέας που σας παρακολουθούσε κατά την διάρκεια της κύησής σας;

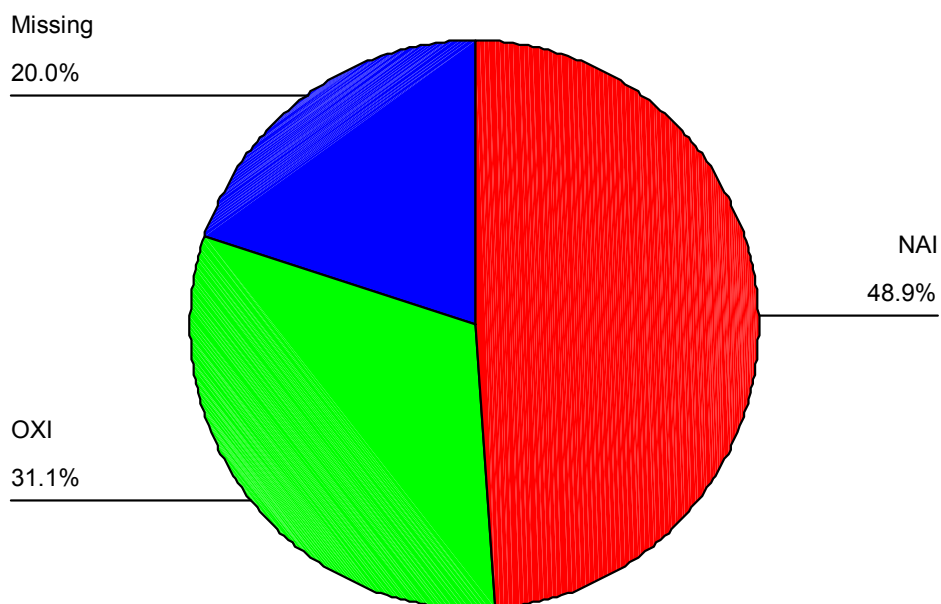




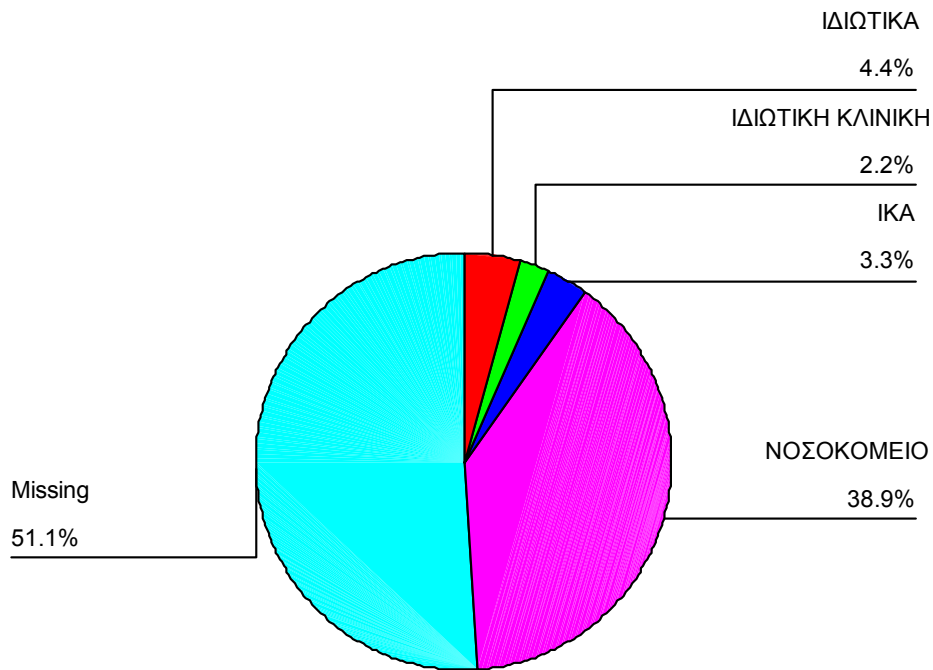
55. Κάθε πότε σας παρακολουθούσε ο φορέας αυτός;



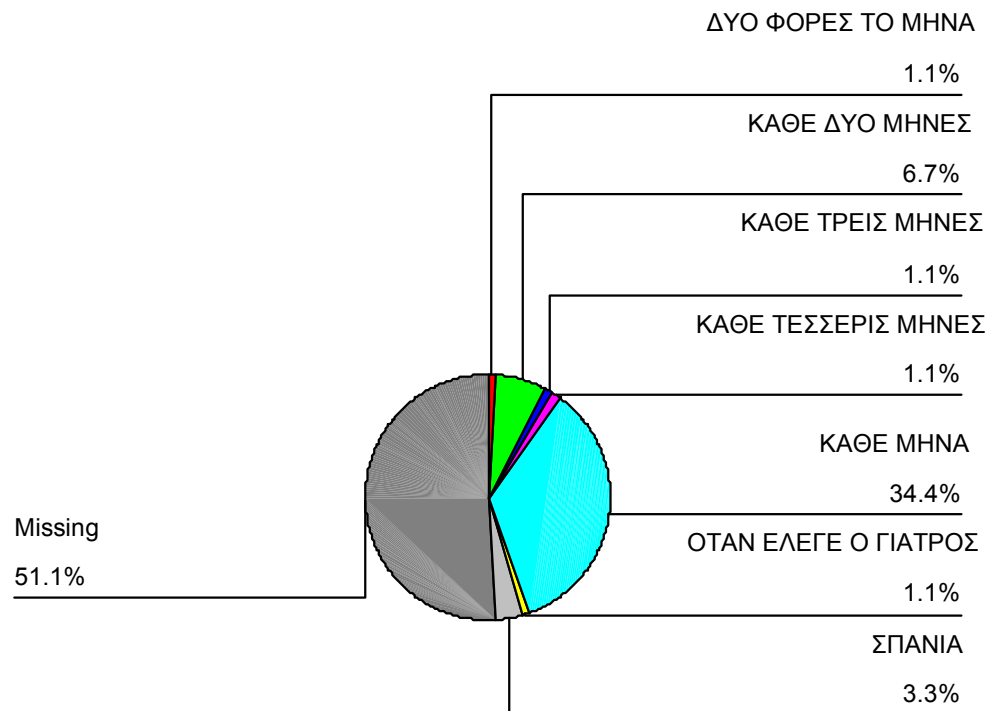
56. Κάνατε τακτικά εργαστηριακές εξετάσεις κατά την διάρκεια της κύησής σας;



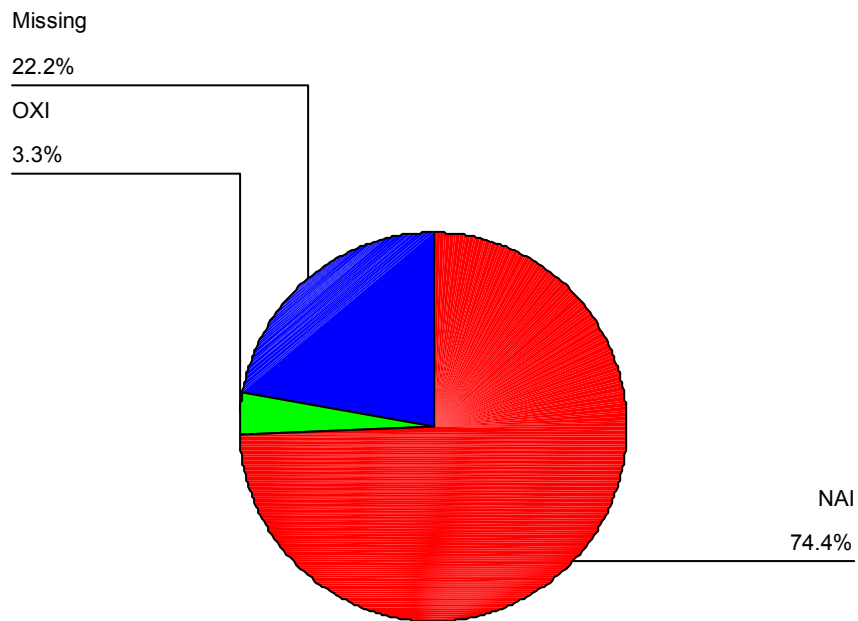
57. Φορέας που κάνατε τις εξετάσεις κατά την διάρκεια της κύησής σας;



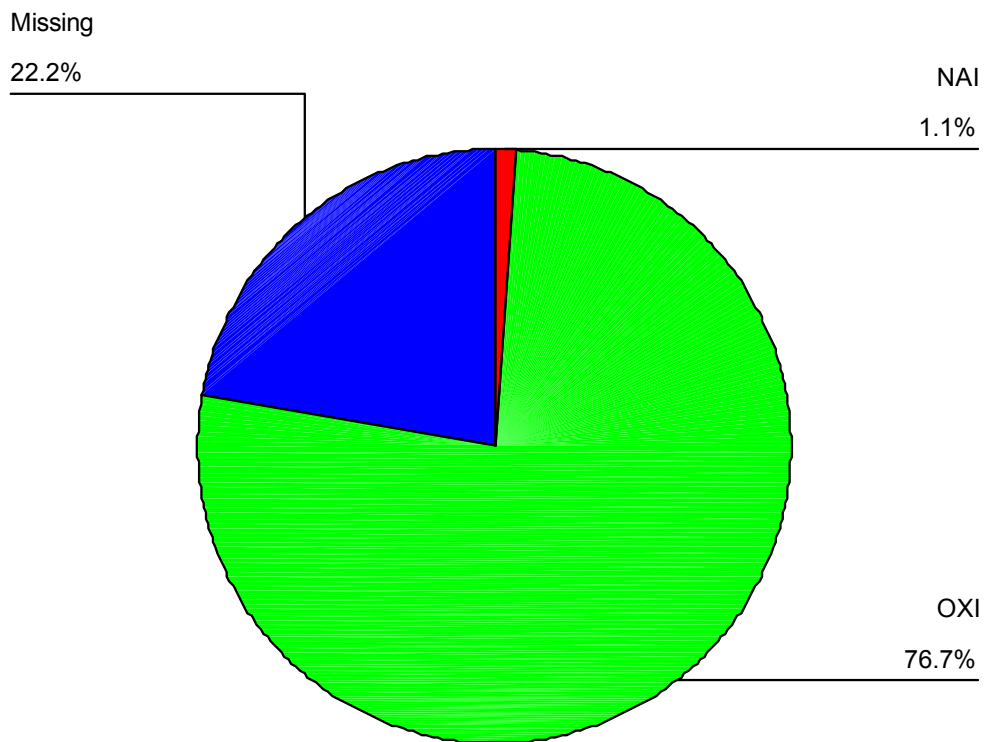
58. Κάθε πότε κάνατε εξετάσεις κατά την διάρκεια της κύησής σας;



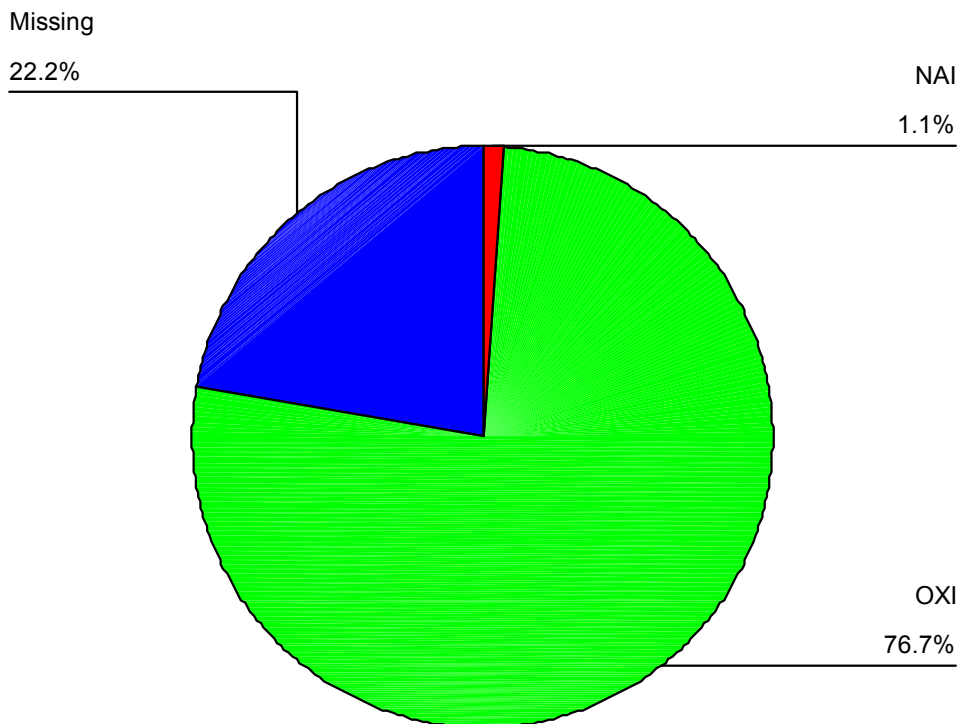
59. Οι τοκετοί σας έγιναν σε νοσοκομείο;



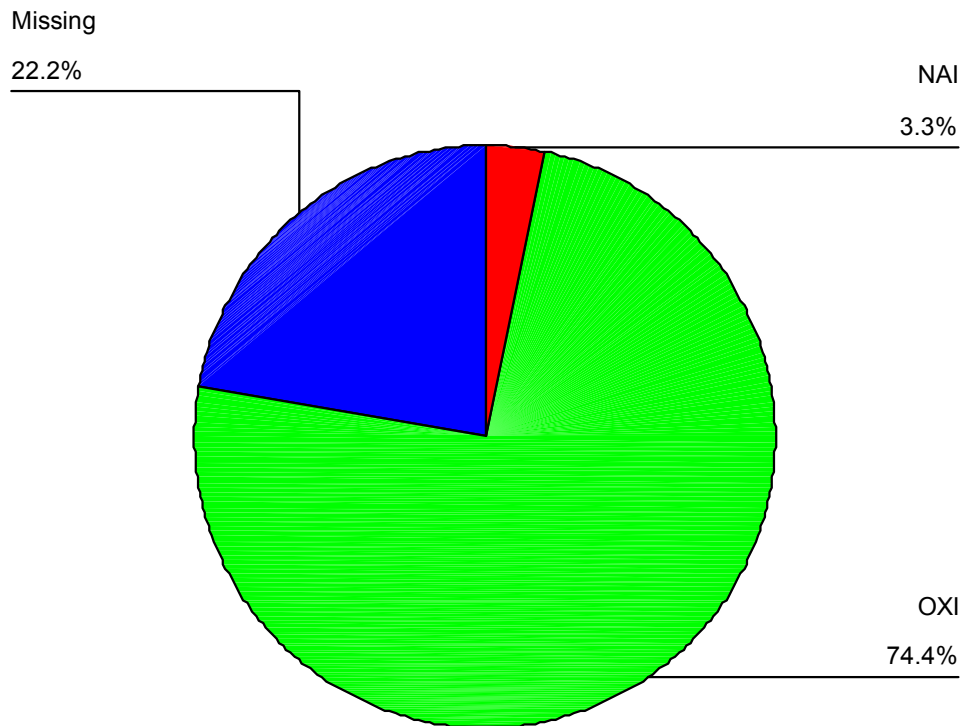
60. Οι τοκετοί σας έγιναν σε κλινική;



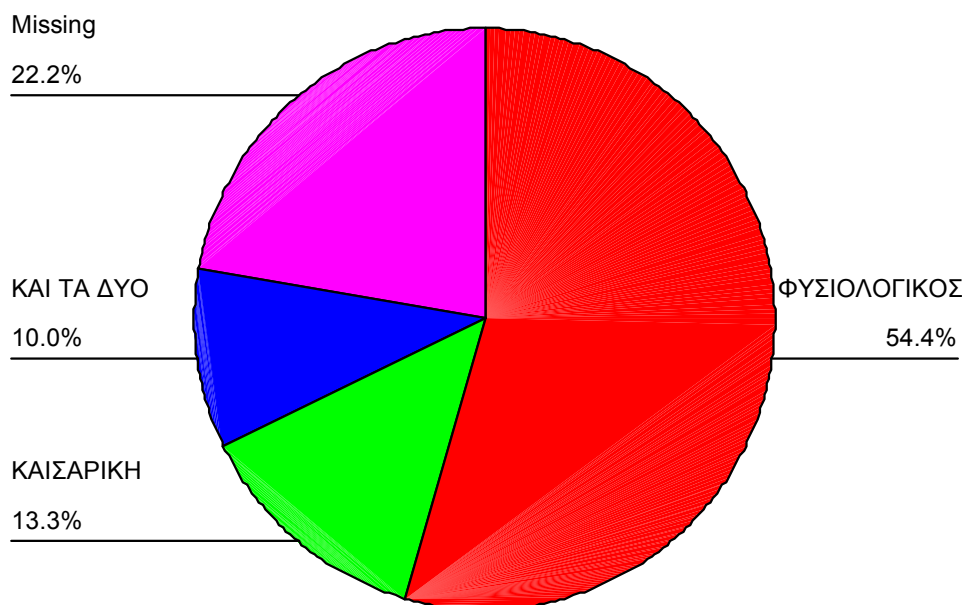
61. Οι τοκετοί σας έγιναν από μαία;



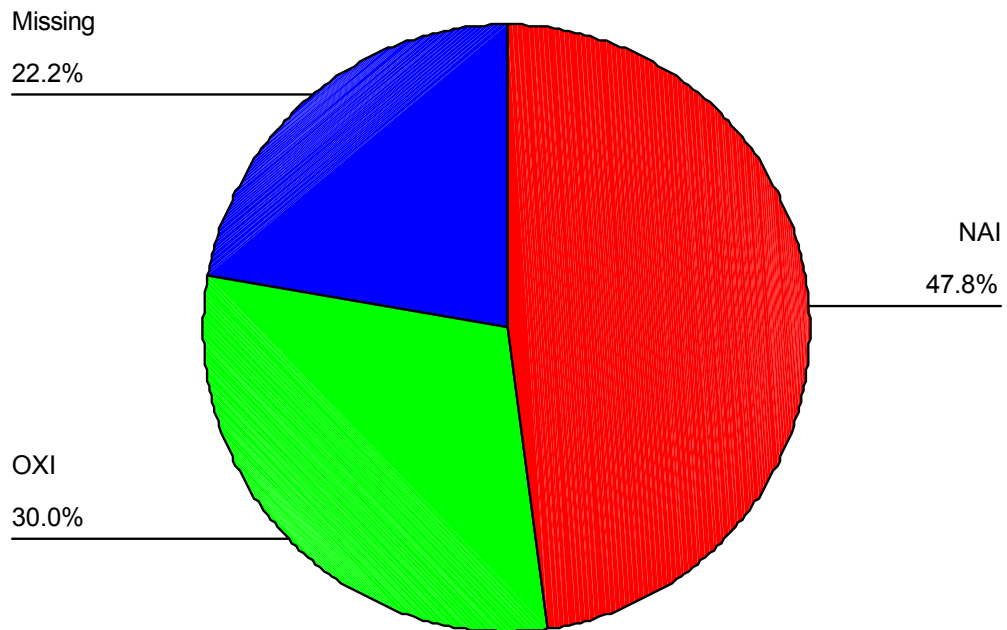
62. Οι τοκετοί σας έγιναν από αυτοδίδακτη μαία;



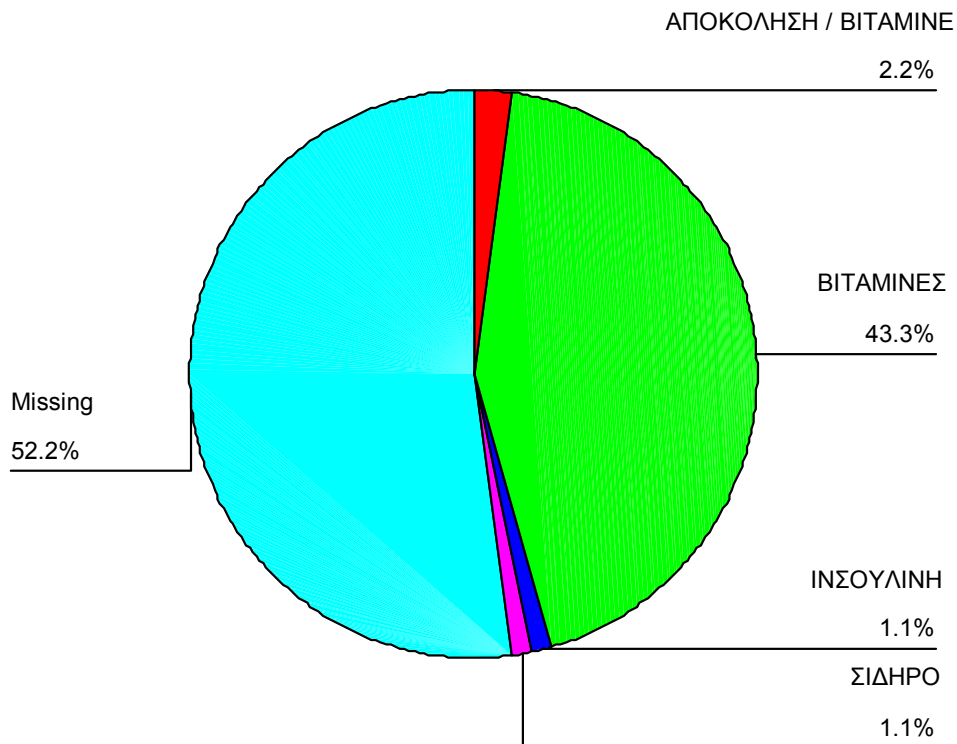
63. Τύπος τοκετών



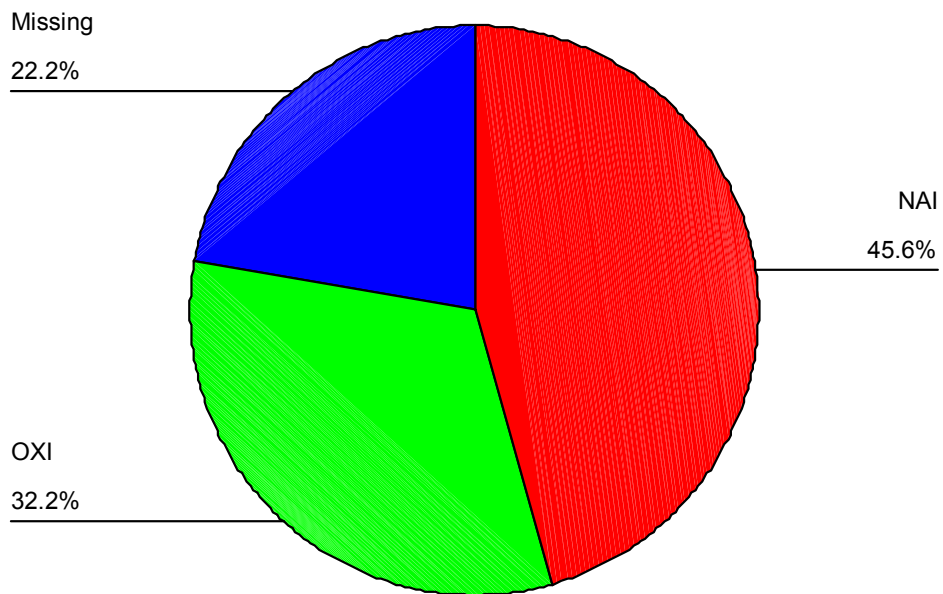
64. Κατά τον τοκετό παίρνατε φάρμακα;



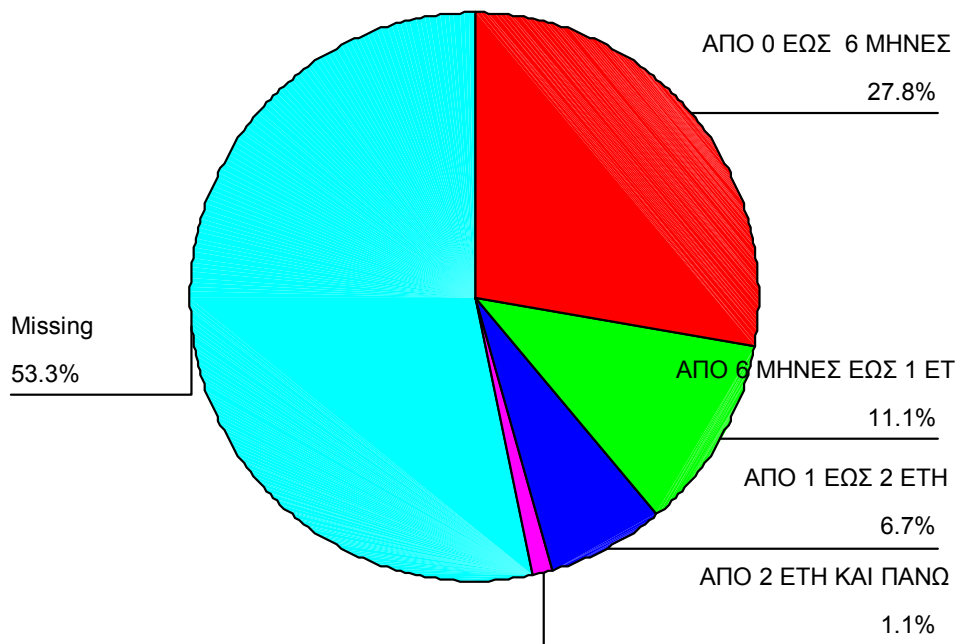
65. Λόγος που παίρνατε φάρμακα κατά την κύηση / είδος φαρμάκων.



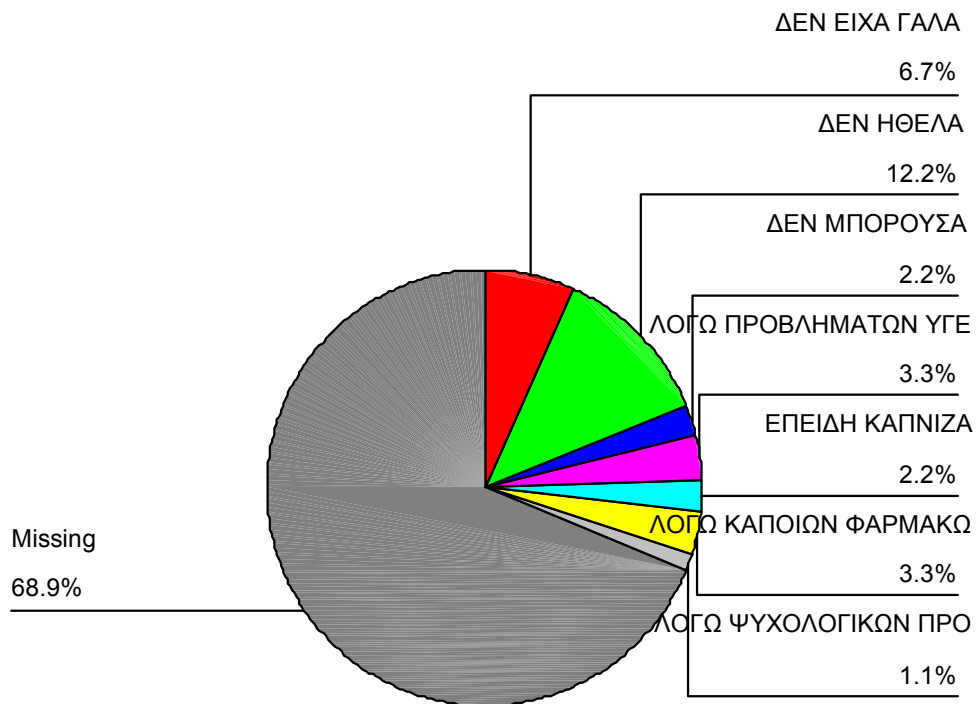
66. Θηλάσατε τα παιδιά σας;



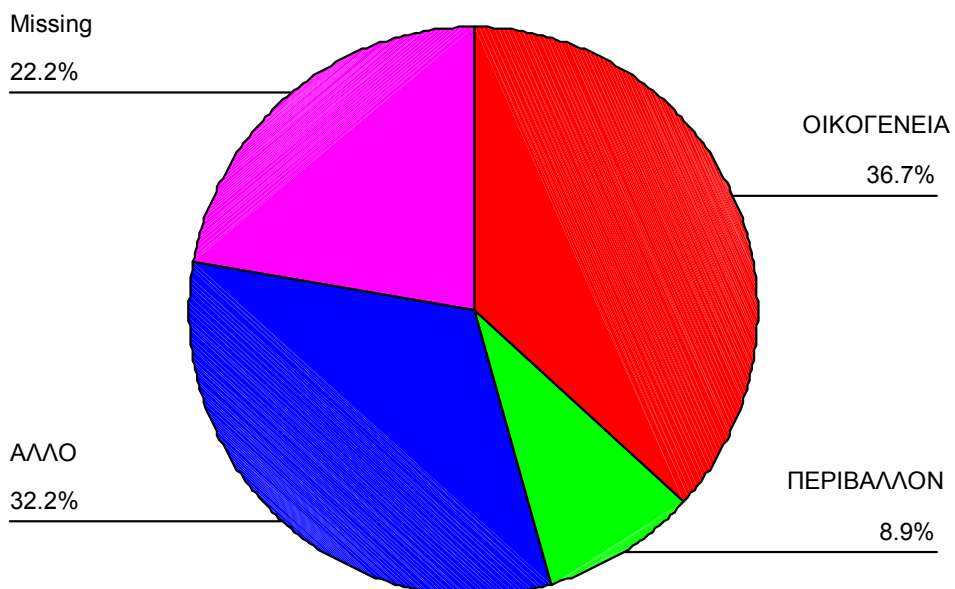
67. Πόσο καιρό θηλάσατε τα παιδιά σας;



68. Για ποιον λόγο δεν θηλάσατε τα παιδιά σας;

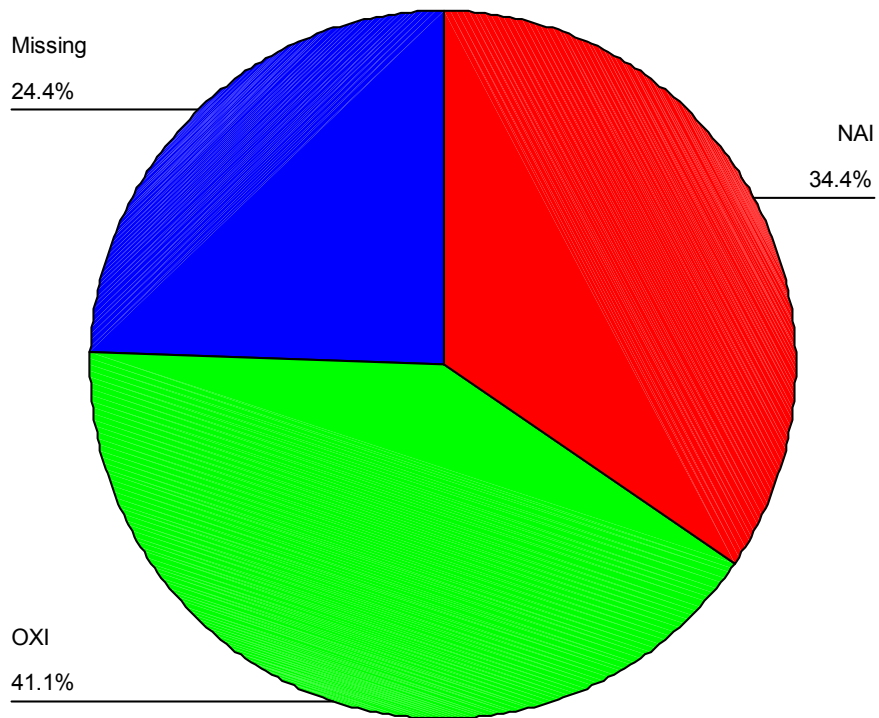


69. Από ποιον ενημερωθήκατε για τον θηλασμό, την αξία του και το τι πρέπει να προσέξετε;

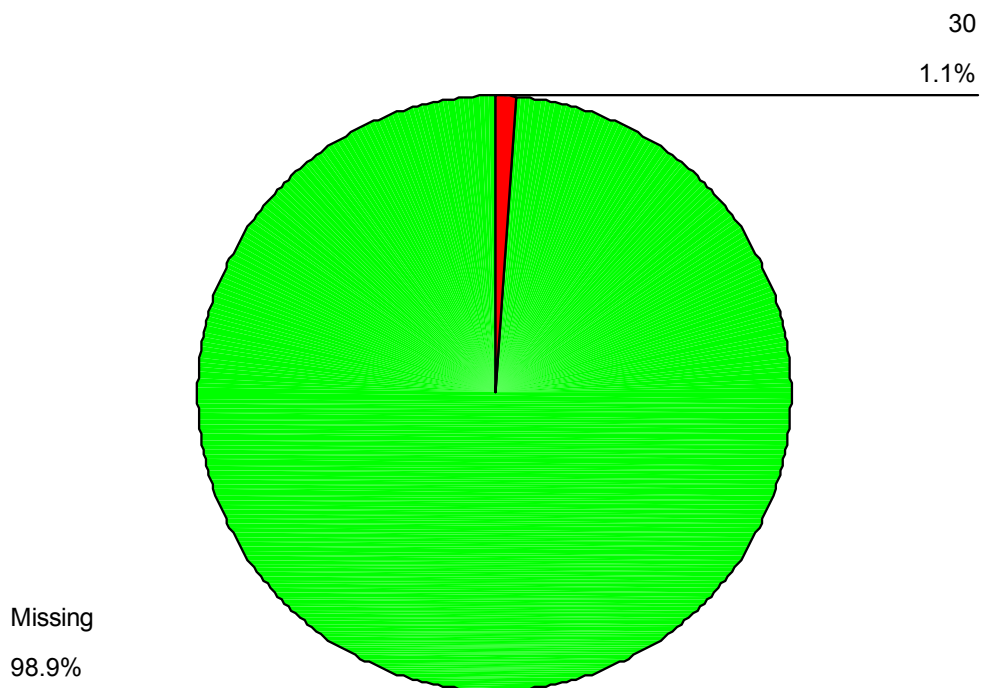




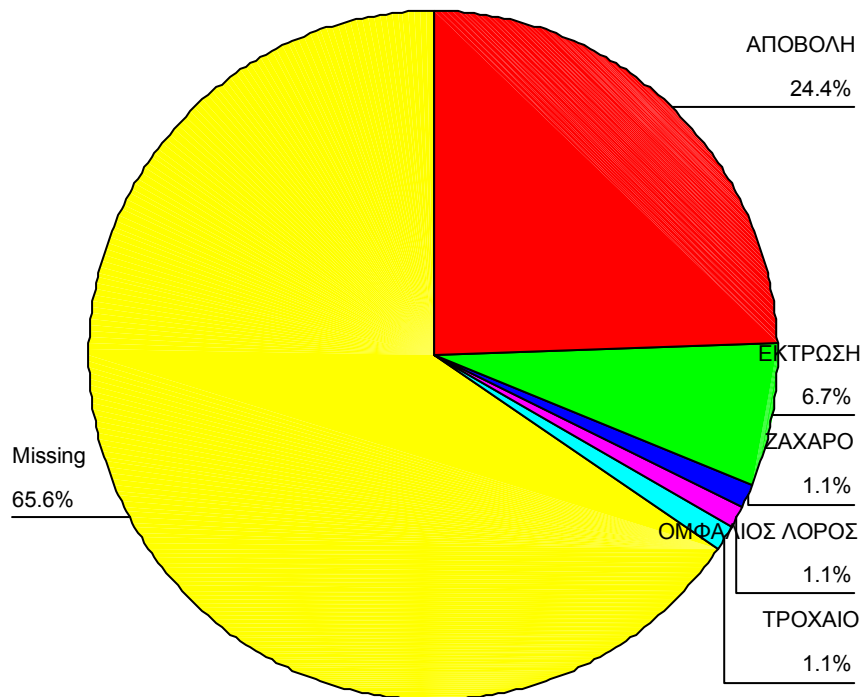
70. Έχετε χάσει κάποιο από τα παιδιά σας;



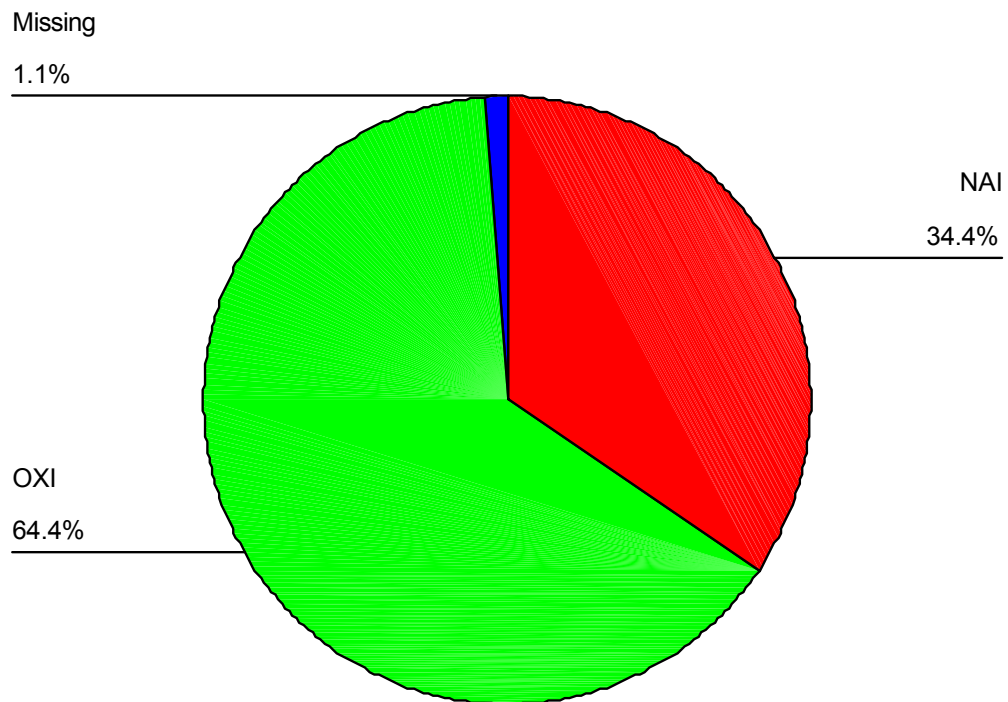
71. Ηλικία θανάτου



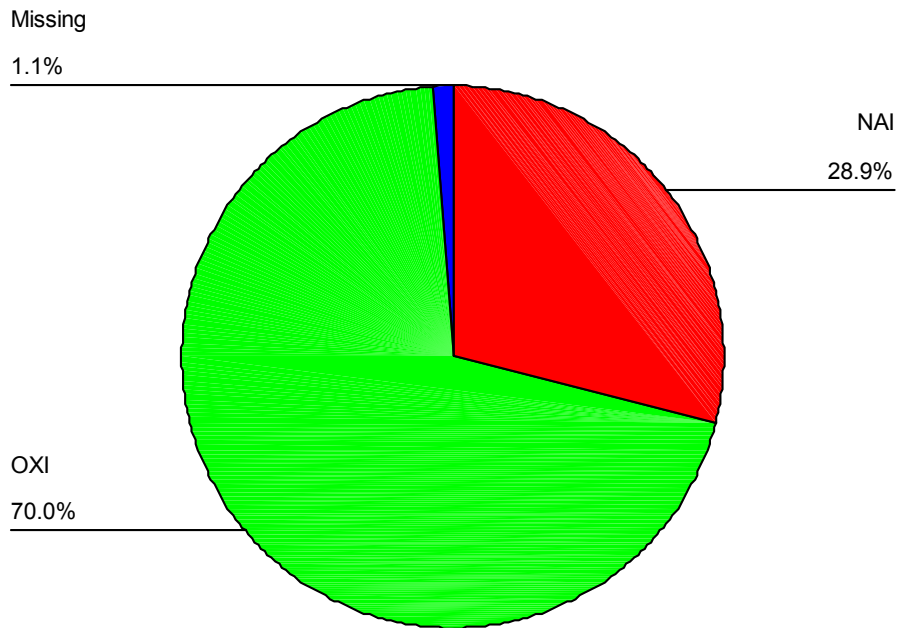
## 72. Αιτία θανάτου



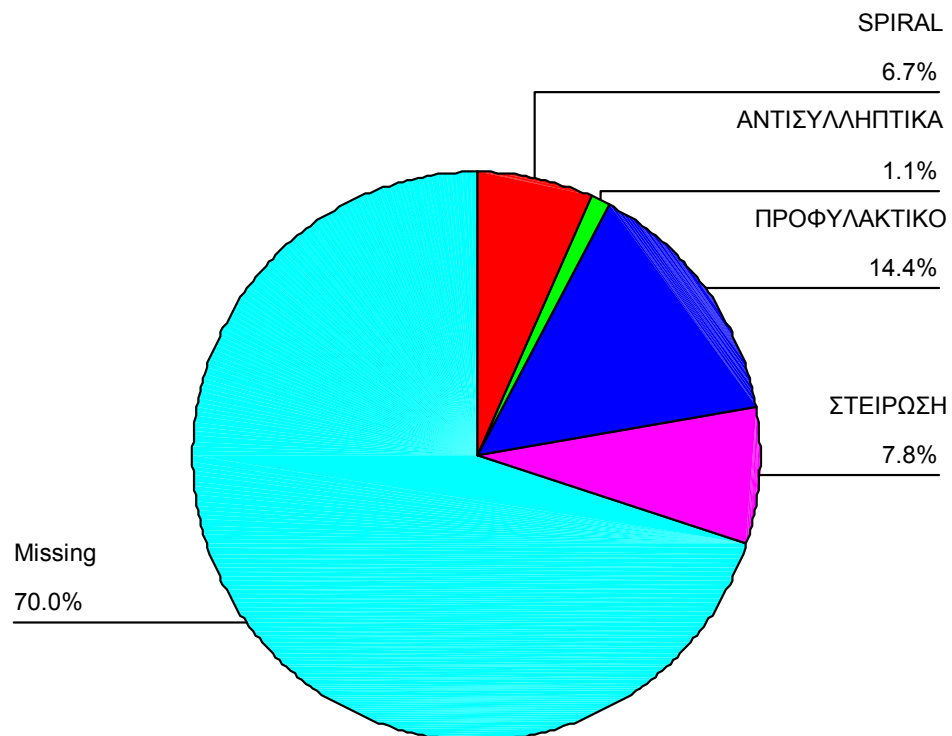
## 73. Θέλετε να κάνετε άλλα παιδιά;



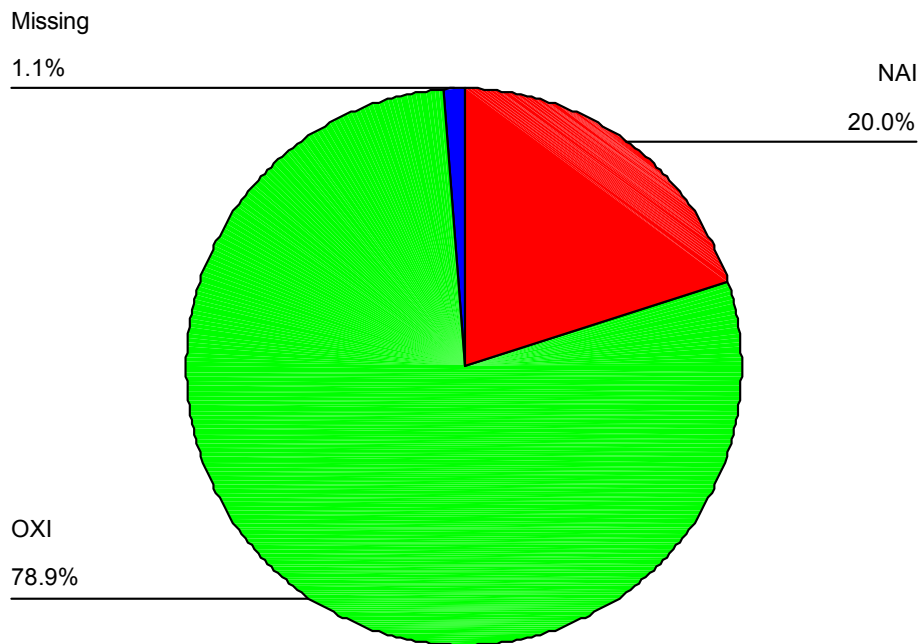
74. Ακολουθείτε κάποια μέθοδο αντισύλληψης;



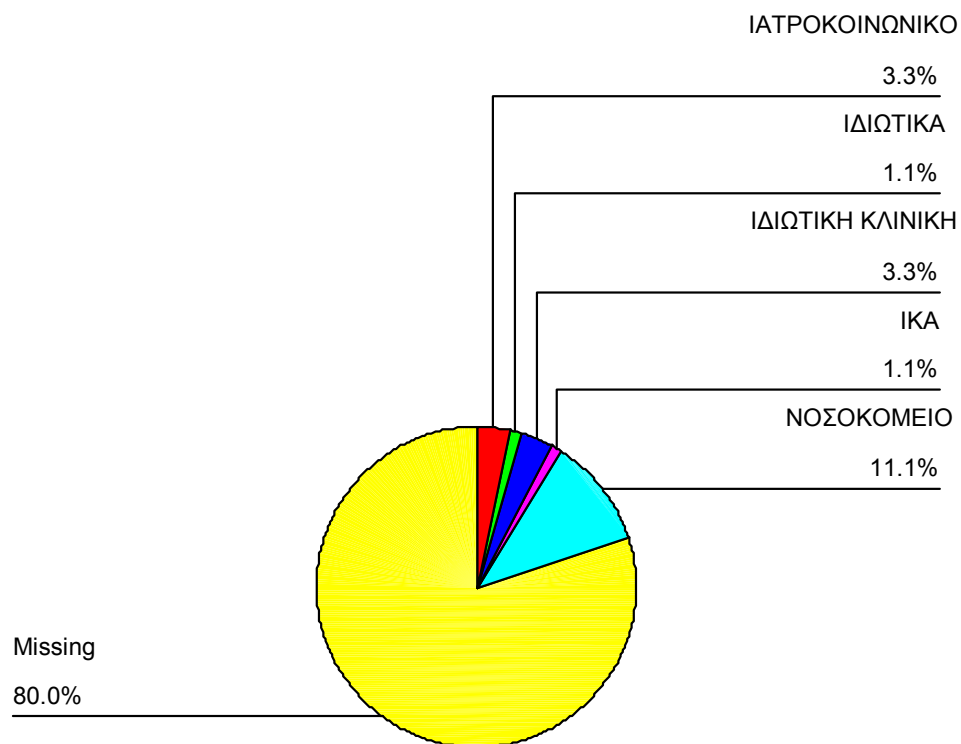
75. Μέθοδος αντισύλληψης που ακολουθείτε.



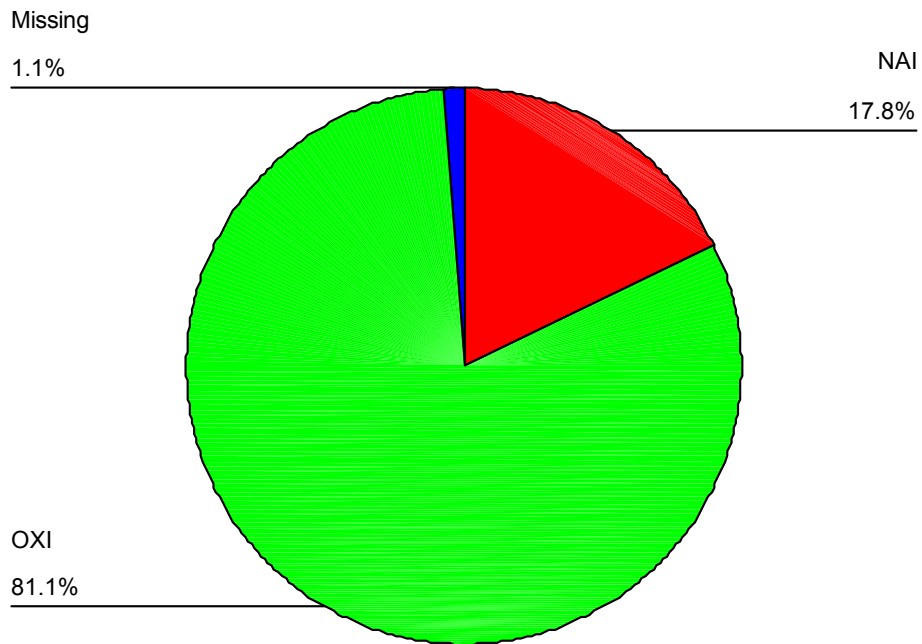
76. Έχετε κάνει ποτέ τεστ ΠΑΠ;



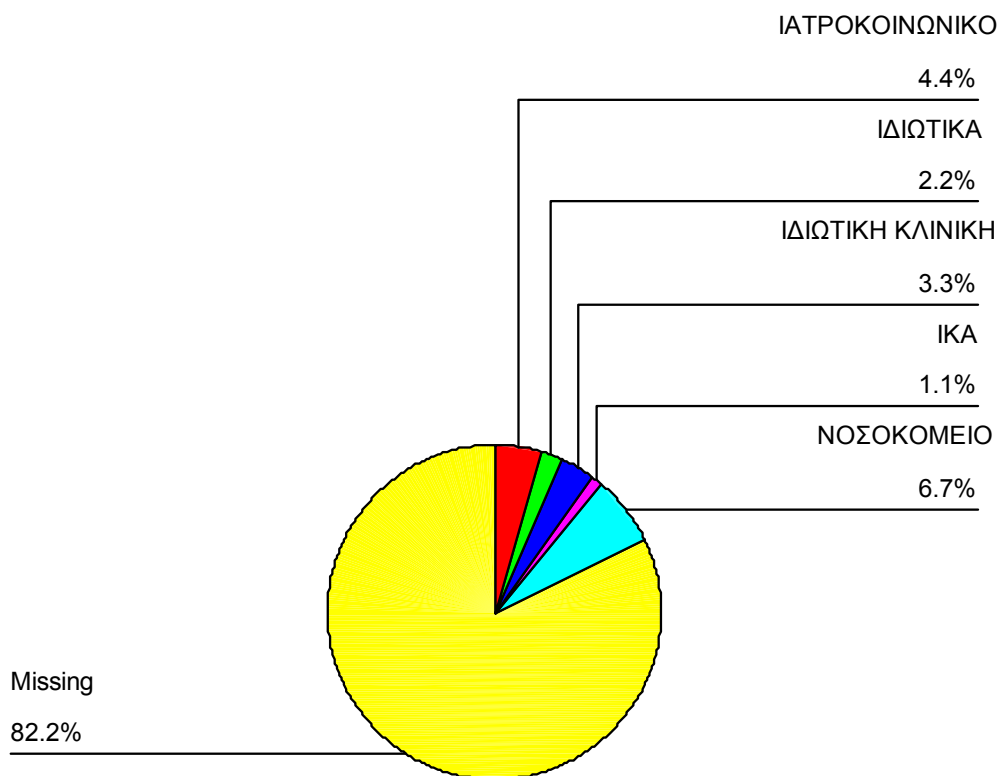
77. Που κάνετε το τεστ ΠΑΠ;



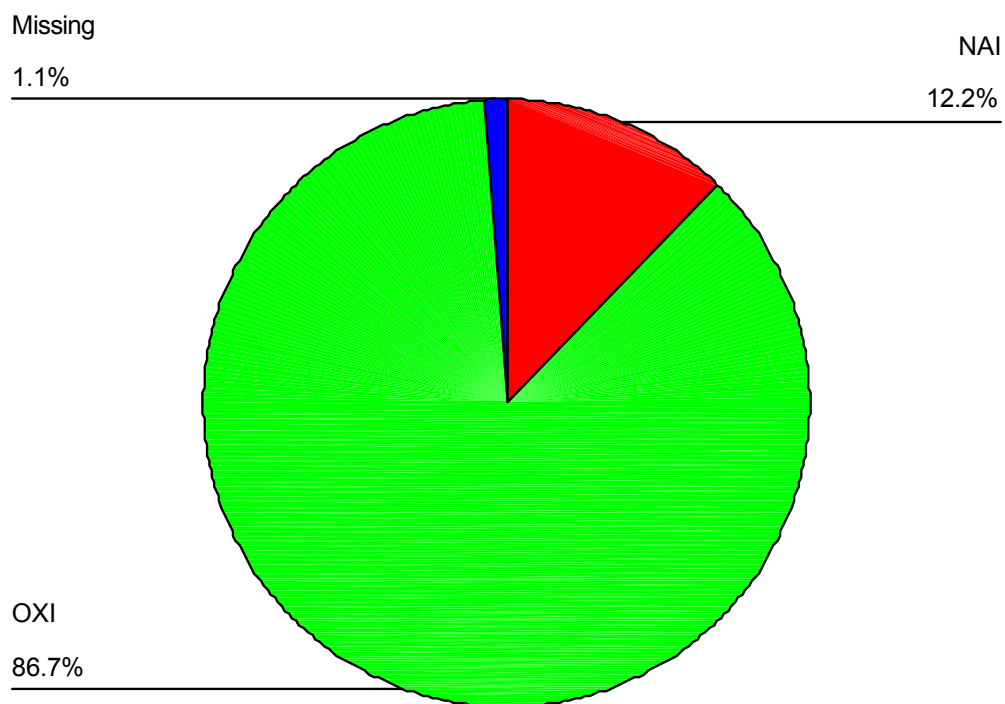
78. Έχετε κάνει ποτέ εξέταση μαστού;



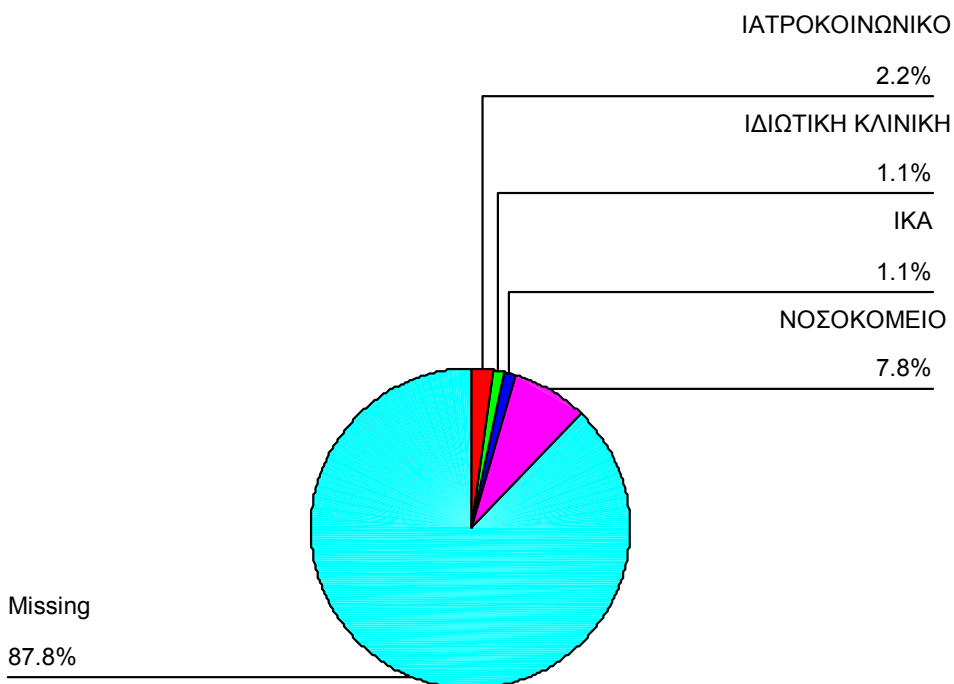
79. Που κάνατε την εξέταση μαστού;



80. Έχετε λάβει ποτέ οδηγίες αυτοεξέτασης μαστού;

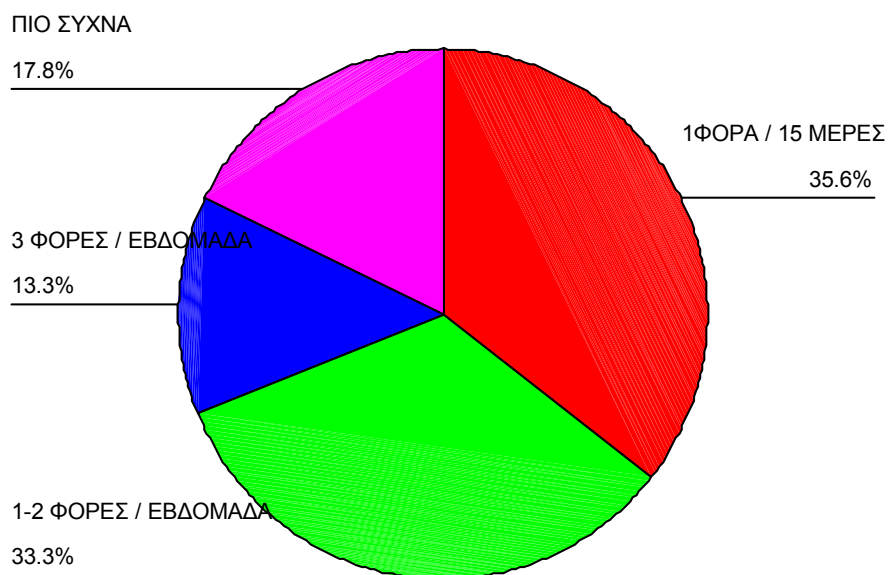


81. Από που πήρατε τις οδηγίες αυτοεξέτασης μαστού;

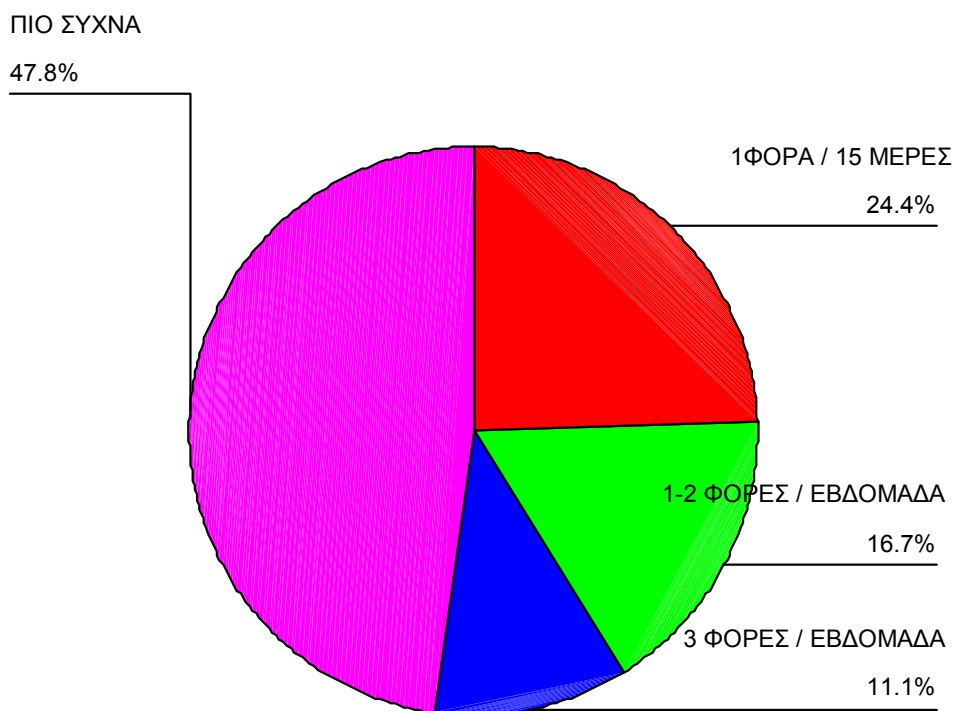


## Ε. ΔΙΑΤΡΟΦΗ- ΜΑΓΕΙΡΕΜΑ

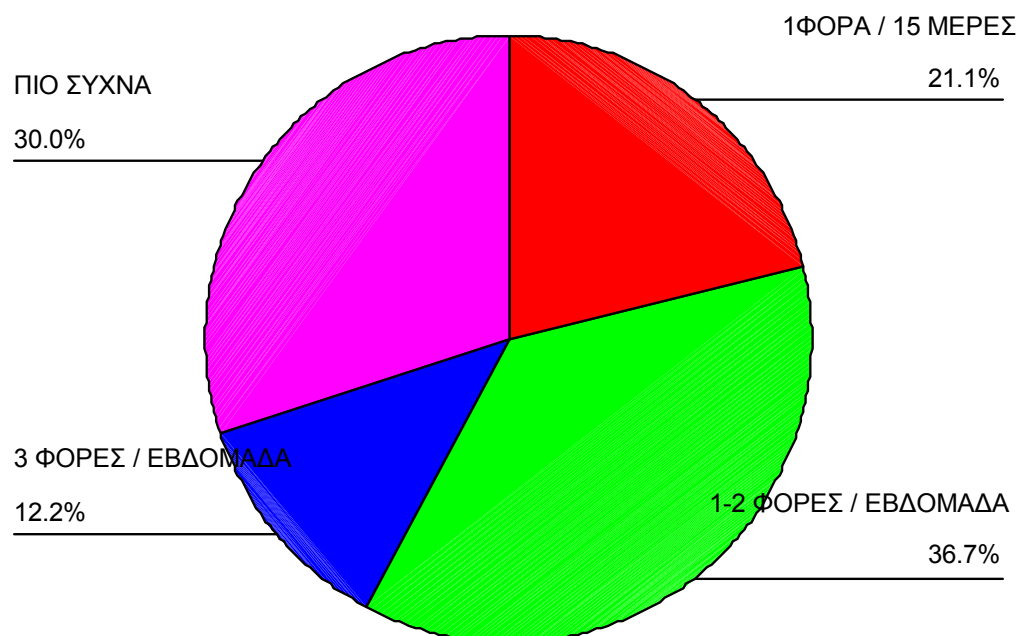
82. Κάθε πότε τρώτε κάτι μη σπιτικό;



83. Κάθε πότε υπάρχει στο τραπέζι σας σαλάτα;

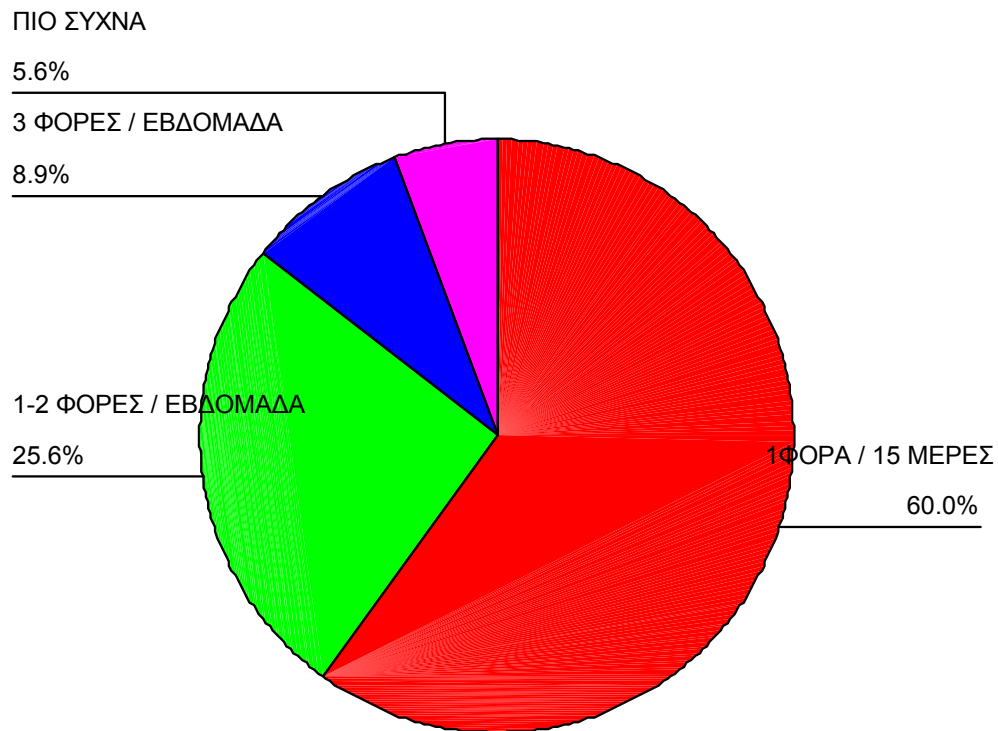


84. Κάθε πότε υπάρχει στο τραπέζι σας άσπρο κρέας;

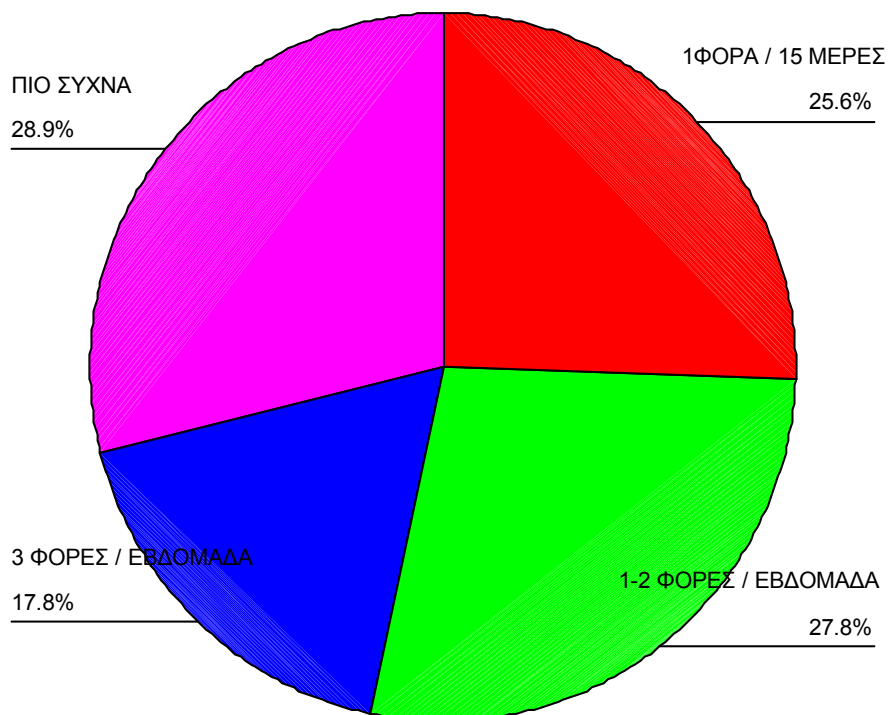




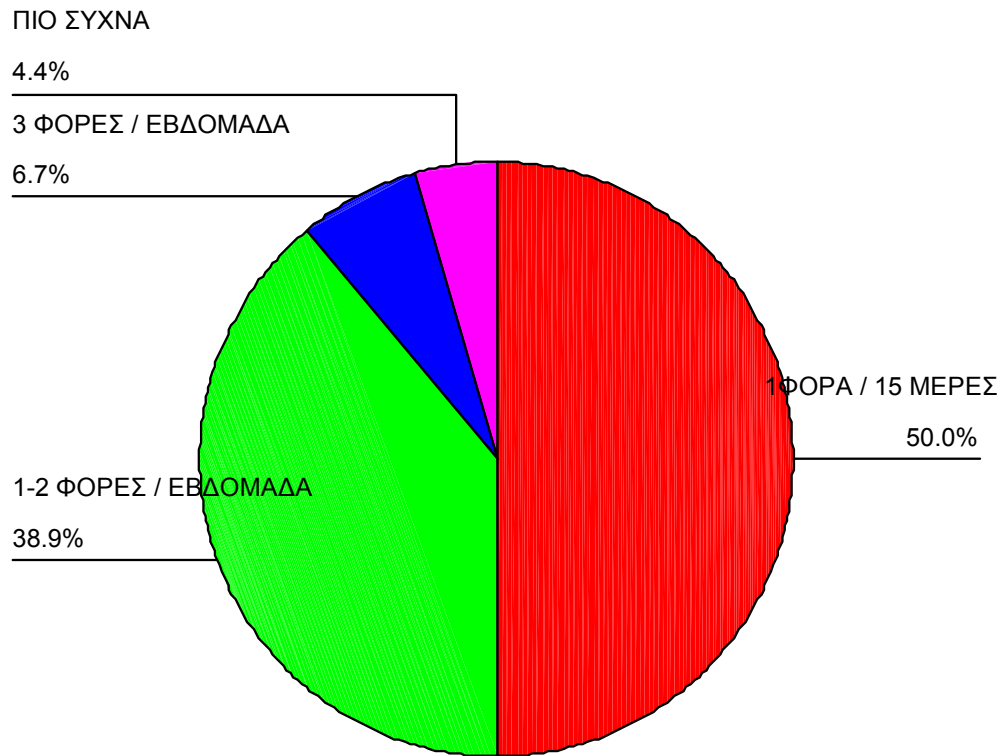
85. Κάθε πότε υπάρχει στο τραπέζι σας ψάρι;



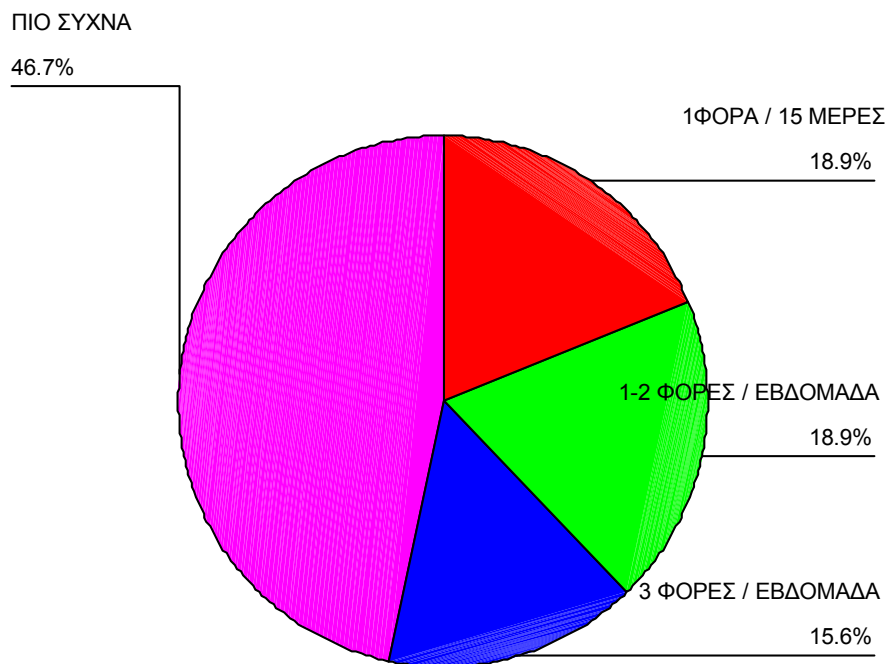
86. Κάθε πότε υπάρχει στο τραπέζι σας κόκκινο κρέας;



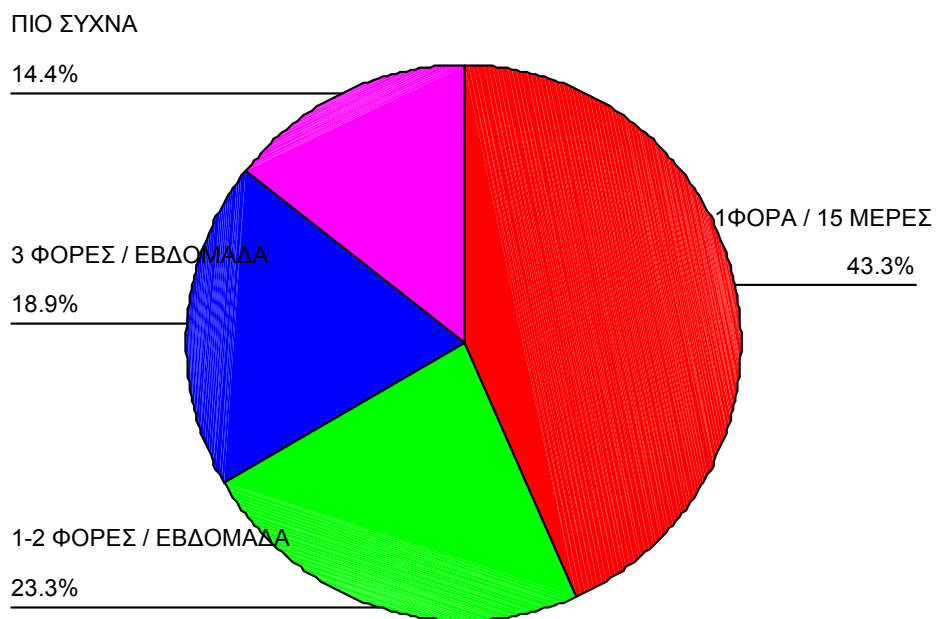
87. Κάθε πότε υπάρχουν στο τραπέζι σας όσπρια;



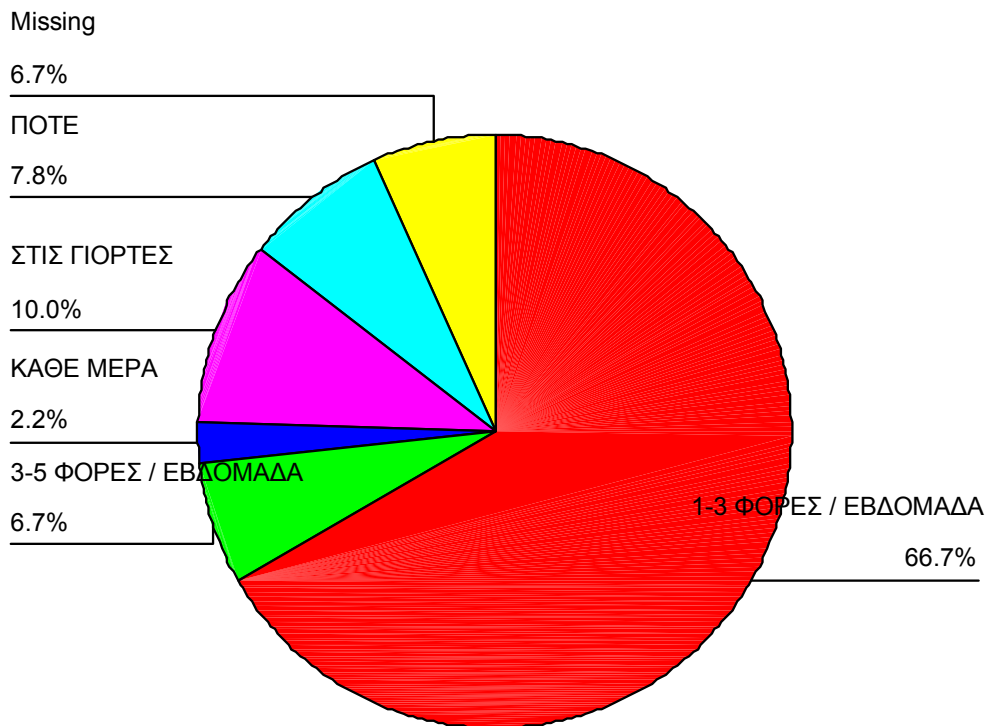
88. Κάθε πότε υπάρχουν στο τραπέζι σας φρούτα;



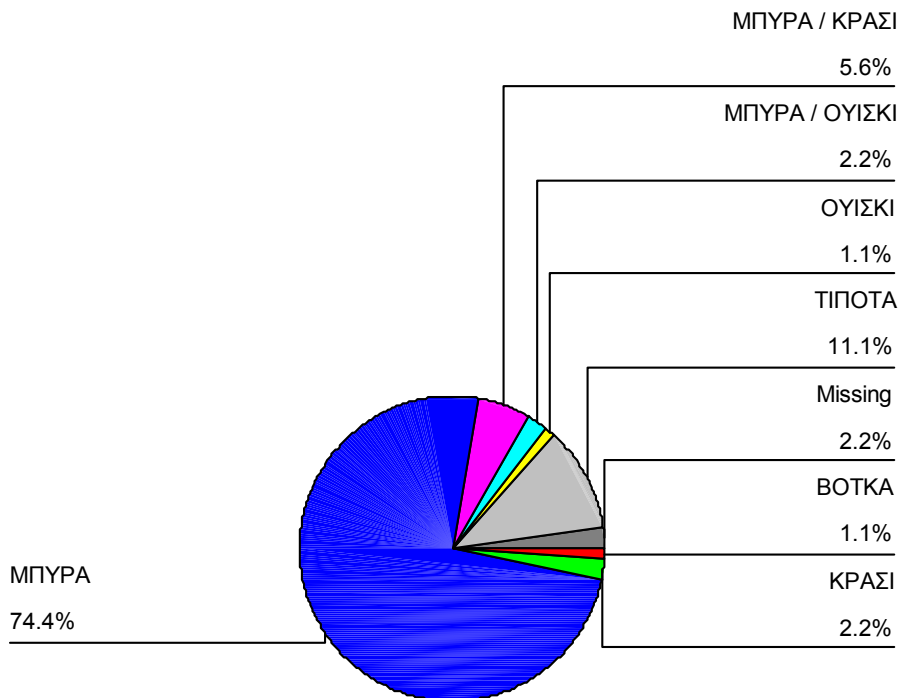
89. Κάθε πότε υπάρχουν στο τραπέζι σας γαλακτοκομικά;



90. Κάθε πότε πίνετε αλκοόλ;

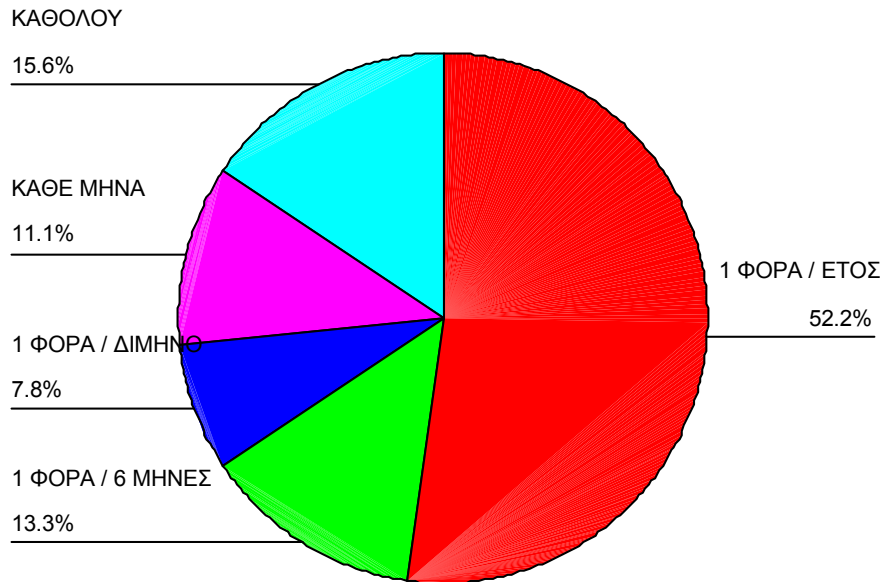


91. Τι είδους αλκοόλ πίνετε;

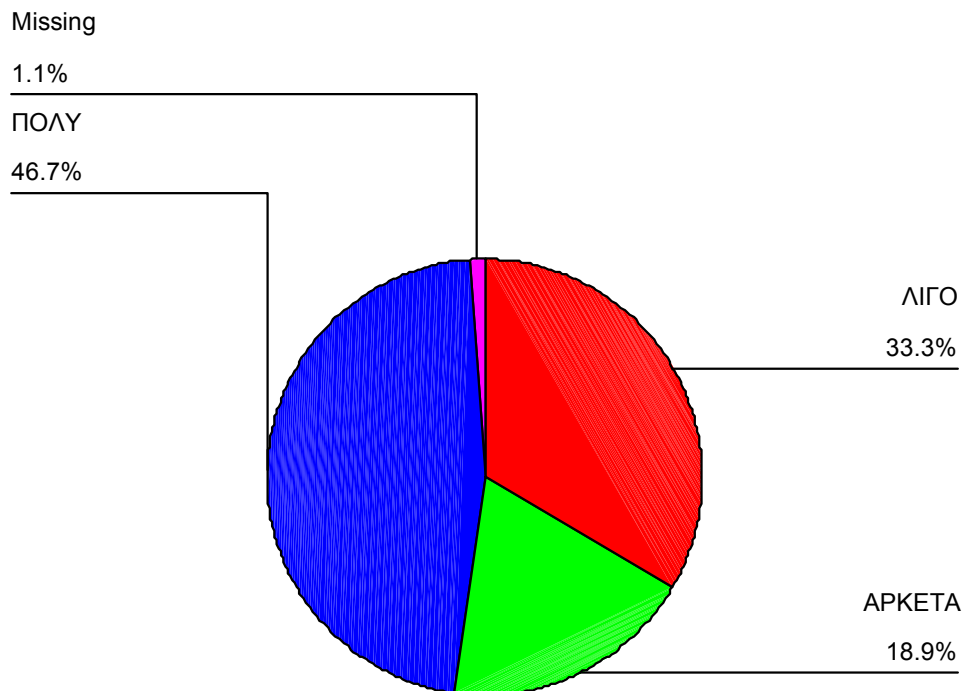


ΣΤ. ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

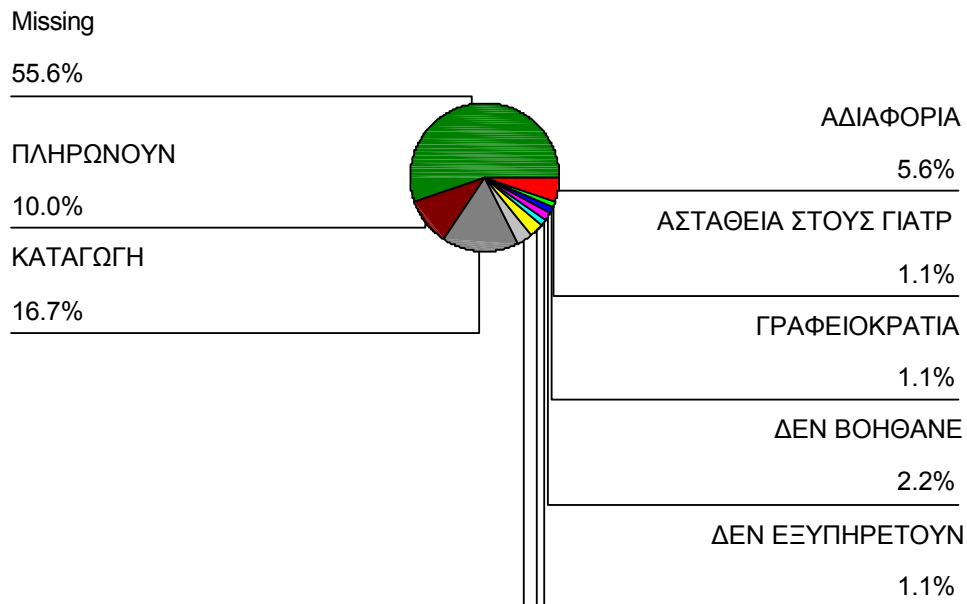
92. Κάθε πότε χρειάζεται να επισκεφθείτε κάποια μονάδα υγείας, για εσάς ή το παιδί σας;



93. Πόσο ευχαριστημένες είστε από τις υπάρχουσες Υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας;

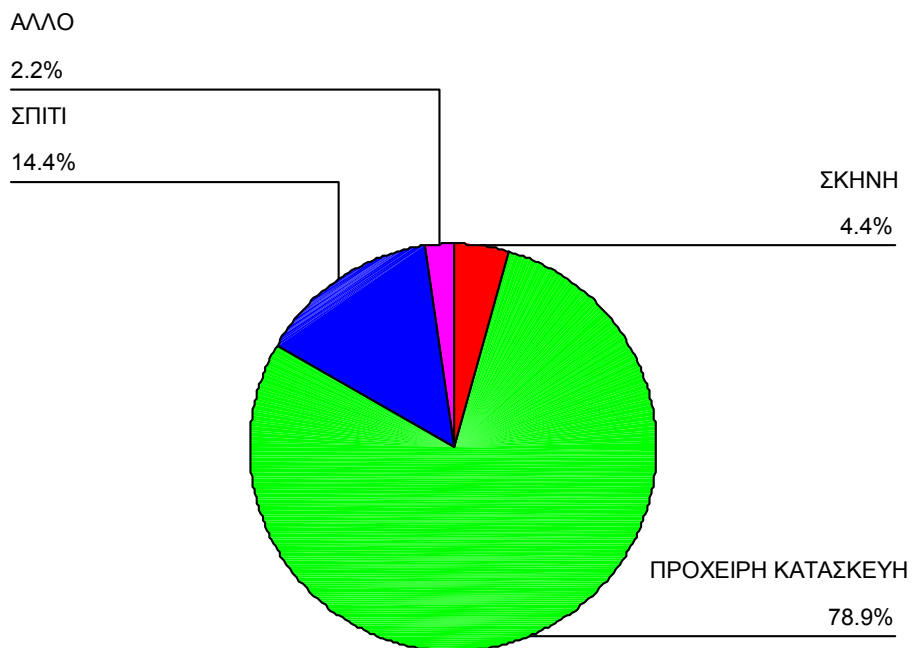


94. Για ποιο λόγο είστε/δεν είστε ευχαριστημένοι;

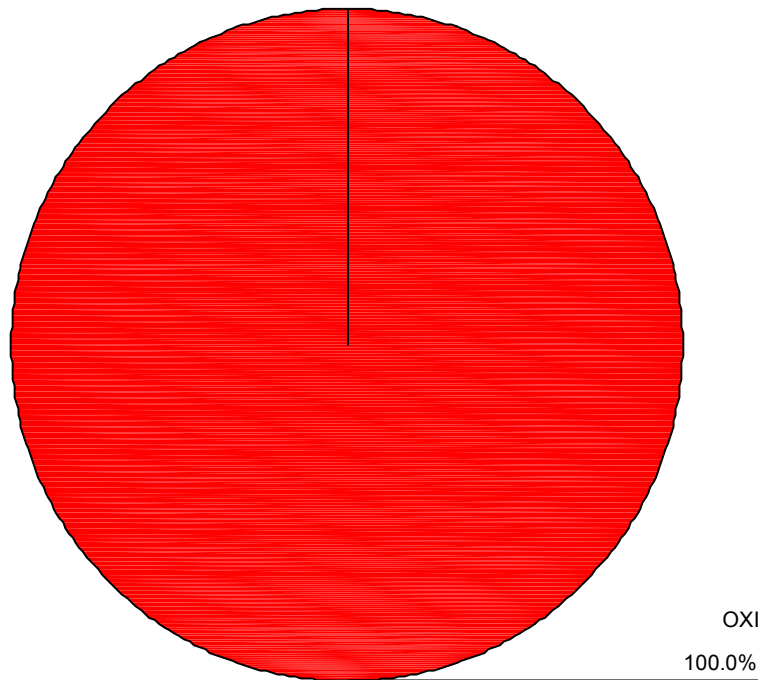


## Ζ. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

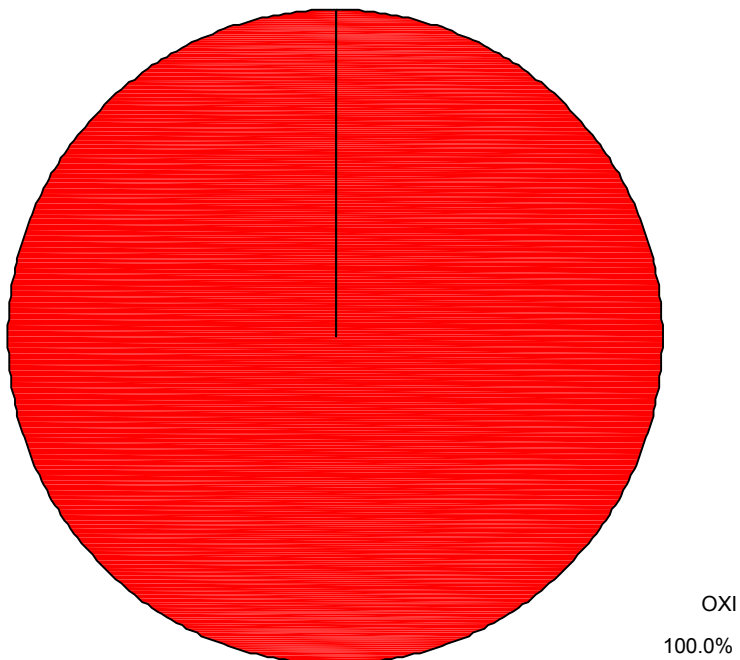
95. Τύπος κατοικίας



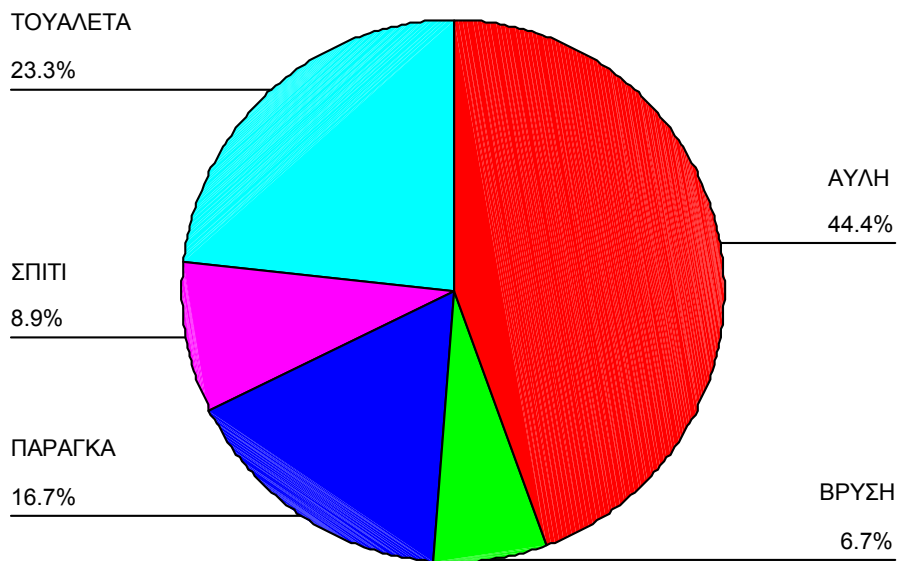
96. Υπάρχουν διαμορφωμένοι δρόμοι στην περιοχή διαμονής σας;



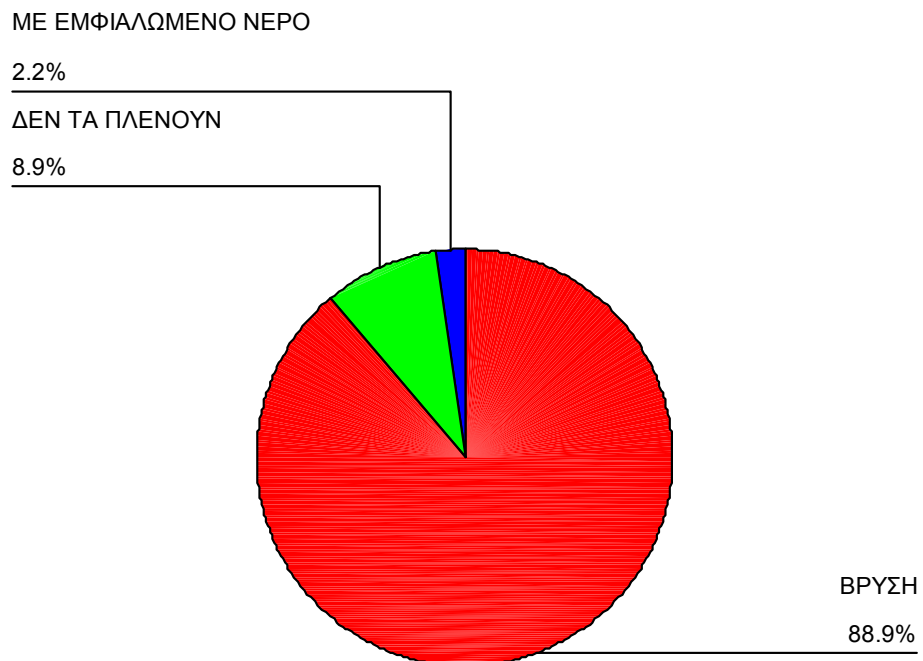
97. Υπάρχει υδροδότηση στην περιοχή διαμονής σας;



98. Που πλένεστε;

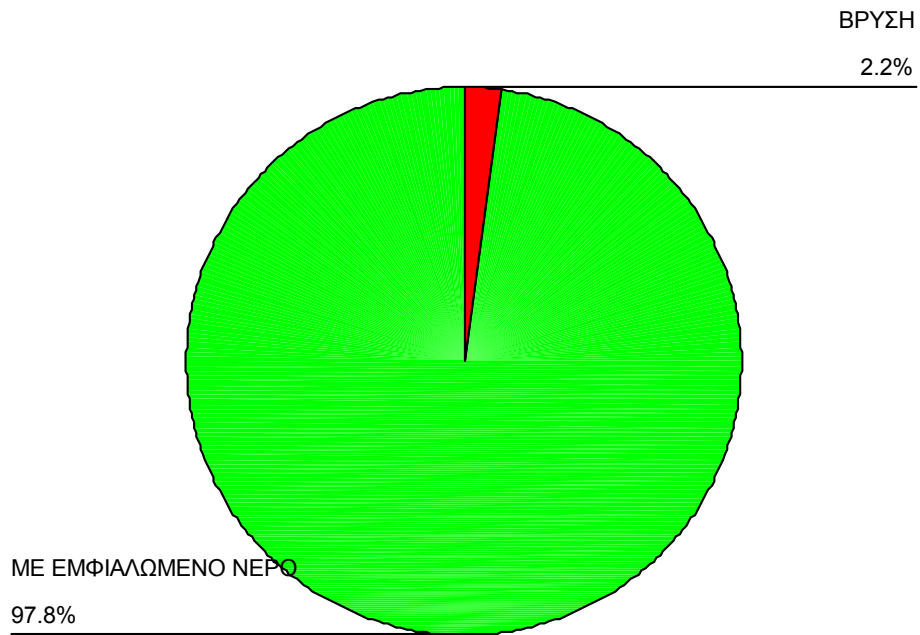


99. Πού πλένετε τα τρόφιμα;

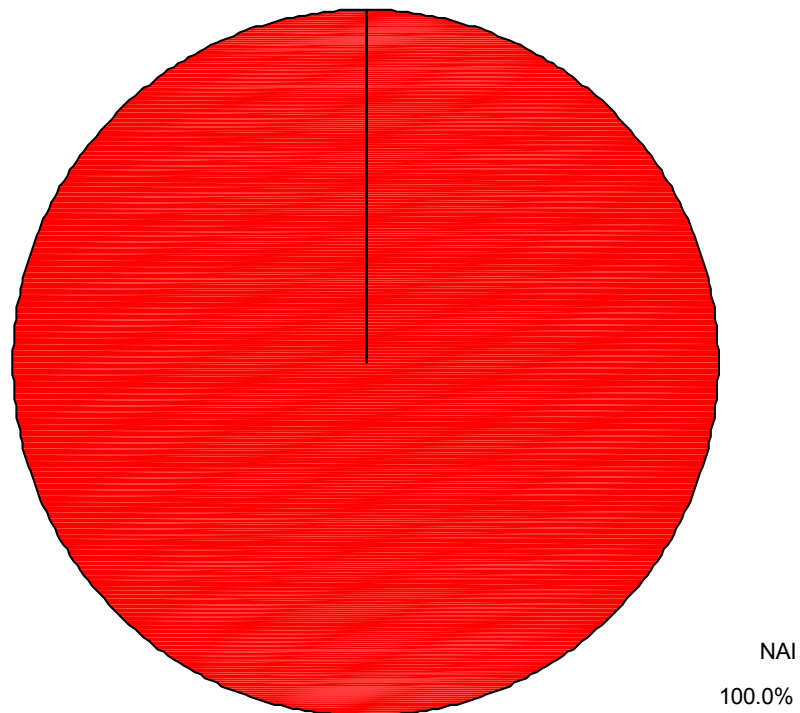




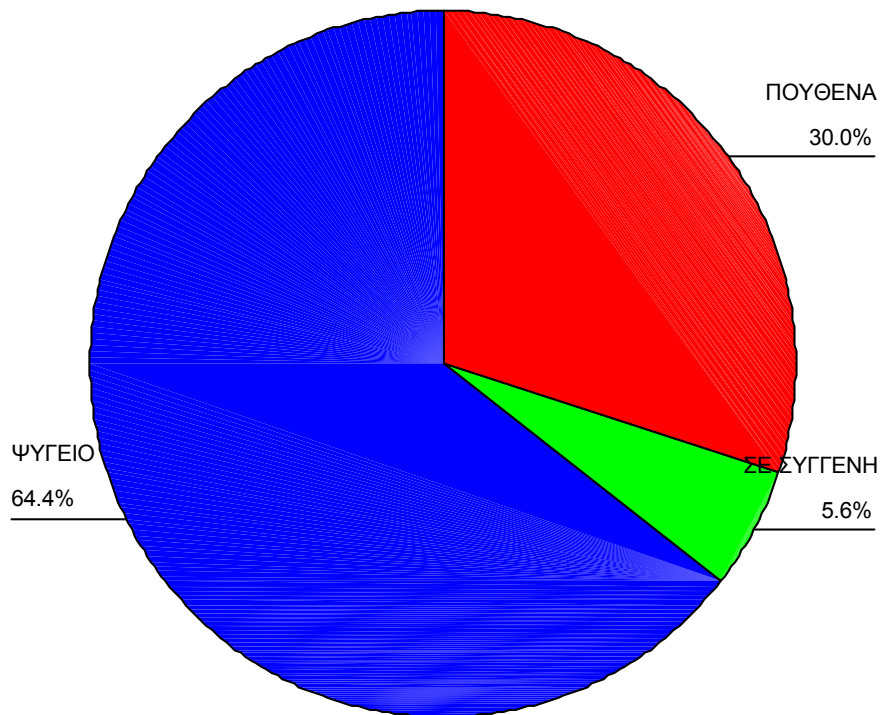
100. Από πού πίνετε νερό;



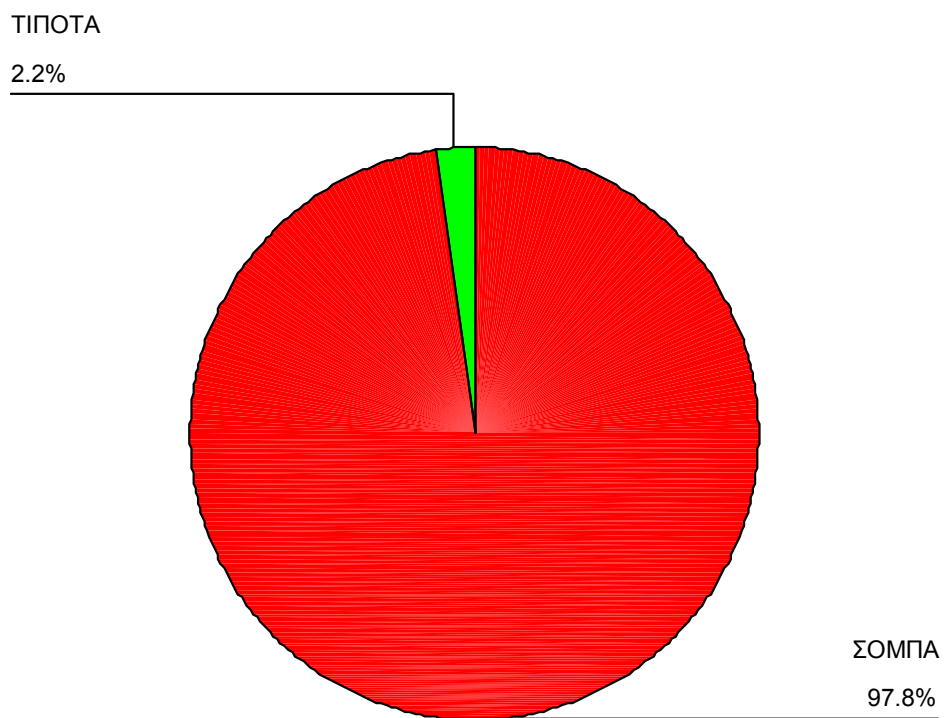
101. Υπάρχει ηλεκτροδότηση στην περιοχή διαμονής σας;



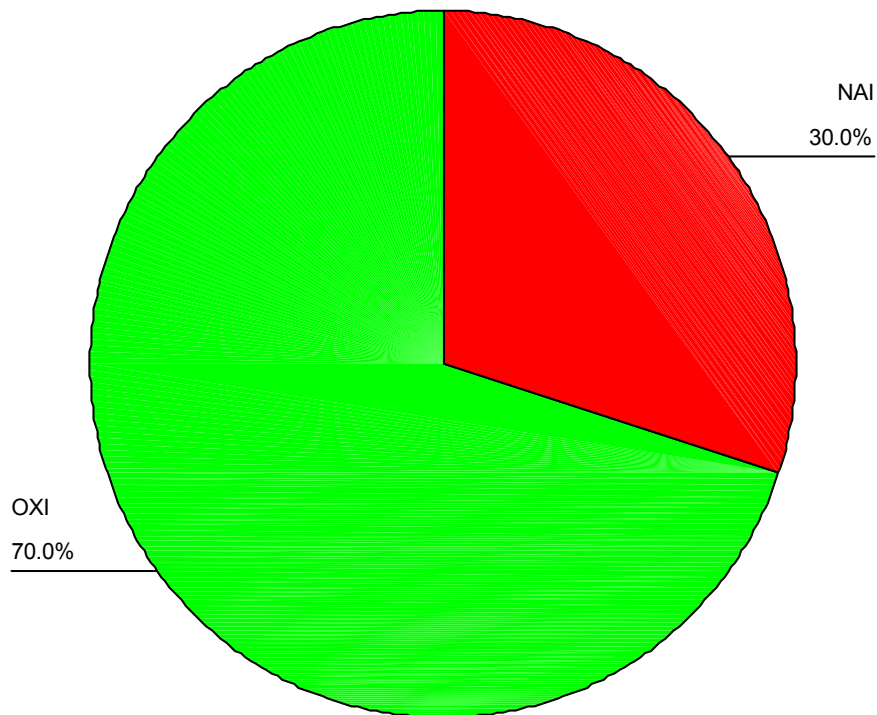
102. Πού αποθηκεύετε τρόφιμα;



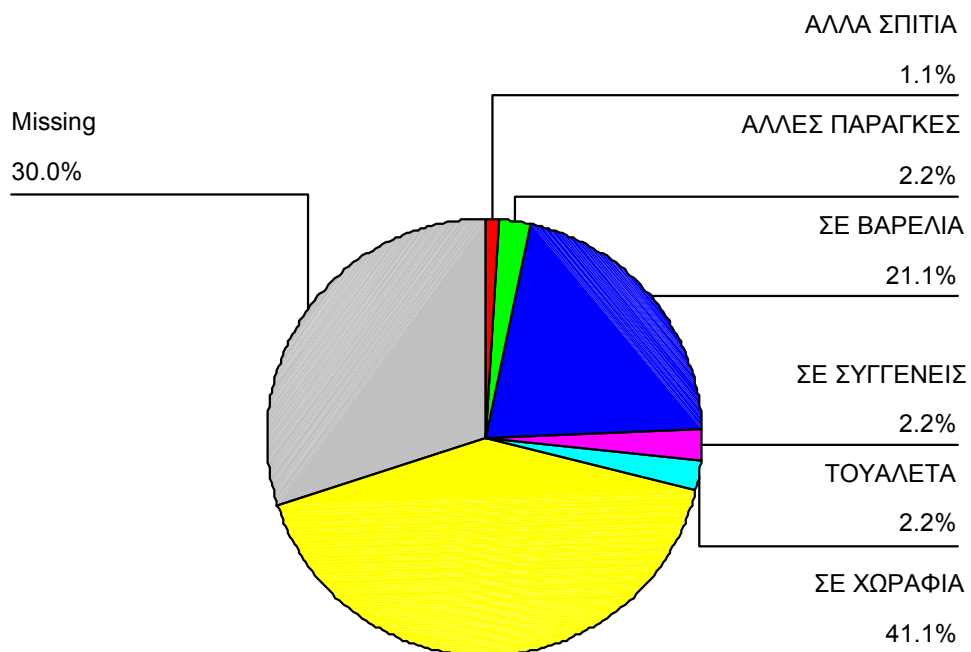
103. Τρόπος θέρμανσης



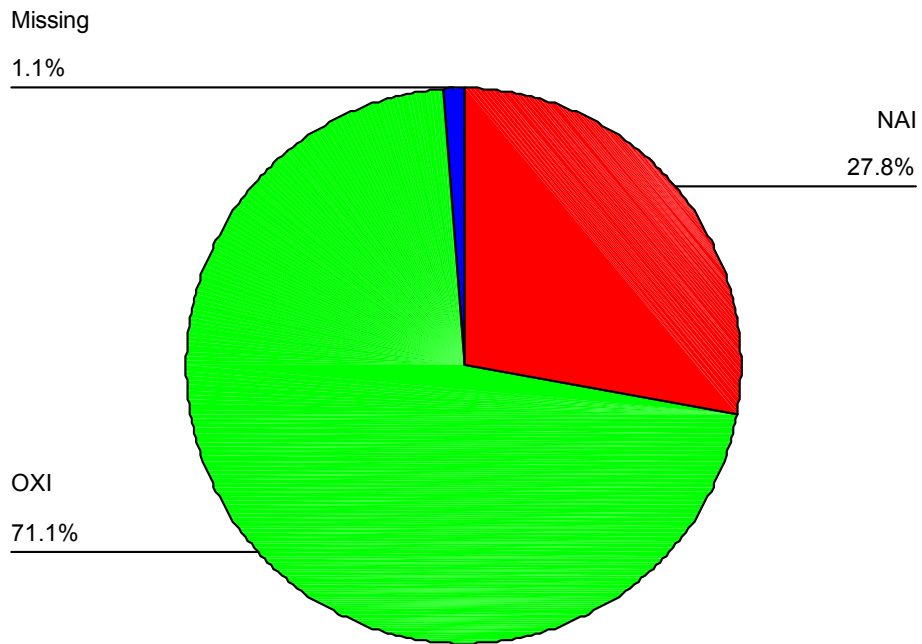
104. Υπάρχει αποχετευτικό σύστημα στην περιοχή διαμονής σας;



105. Αν όχι που εξυπηρετείστε;



106. Είστε ευχαριστημένη από την κατοικία σας;



107. Τι θα θέλατε να αλλάξετε στο σπίτι σας;

