



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



**«Χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας από
ανήλικους μετανάστες».**

ΣΥΝΤΑΚΤΡΙΕΣ: ΚΑΡΑΣΑΒΒΑ ΜΑΡΙΑ
ΤΣΙΤΩΝΑΚΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΟΥΚΟΥΛΗ ΣΟΦΙΑ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΜΕΡΟΣ Α΄: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ : ΟΡΙΣΜΟΙ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ:Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΧΡΟΝΙΑ	12
2.1.Η ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ	16
3.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ	17
3.2.ΤΑ ΚΟΙΝΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΝΕΟΥ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΟΥ ΚΥΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ Ε.Ε.	19
3.3.ΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ: ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΗΓΕΝΕΙΣ.	33
4.1.ΕΞΗΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	33
4.2.ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	36
5.1.ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ ΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	39
5.2.ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΤΗΤΑ – ΠΟΙΚΙΛΟΜΟΡΦΙΑ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	40
5.3. ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΤΗΤΑ	45
5.4.ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ	

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ. _____	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ _____	49
6.1.ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ-ΦΟΡΕΙΣ _____	54
6.2.ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ _____	56
6.3. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΣΧΕΤΙΚΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ _____	59
6.4. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΣΧΕΤΙΚΗ ΜΕ ΑΝΗΛΙΚΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ _____	61
6.5.ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΝΗΛΙΚΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ _____	62
ΜΕΡΟΣ Β΄: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ _____	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ _____	65
7.1.ΔΕΙΓΜΑ _____	66
7.2.ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ _____	71
7.3.ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ _____	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ _____	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΝΑΤΟ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ _____	94
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ _____	97

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής μελέτης πραγματοποιήθηκε κατά το ακαδημαϊκό έτος 2009-2011 στο πλαίσιο της ολοκλήρωσης των προπτυχιακών μας σπουδών στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά όσους συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Αισθανόμαστε έντονα την ανάγκη να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτρια της πτυχιακής μας εργασίας, κα.Κουκούλη Σοφία, Επίκουρη καθηγήτρια και Προϊσταμένη του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, για το αμέριστο ενδιαφέρον, τις συμβουλές και την καθοδήγησή της που έδρασαν καταλυτικά για την διεξαγωγή της παρούσας εργασίας. Την ευχαριστούμε, για τη γόνιμη συνεργασία που είχαμε όλο αυτό το διάστημα, καθώς και για την κατανόηση και την εμπιστοσύνη που μας έδειξε.

Ευχαριστούμε επίσης το ειδικευμένο προσωπικό της Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης, την Μιχαηλίδου Ελένη (Καθηγήτρια -Διευθ/ντρια) και την Ντάμκα Παναγιώτα (Ειδικευόμενη), για τη σημαντική βοήθεια που μας προσέφερε, για την εμπιστοσύνη τους και για την πολύτιμη συνεργασία τους χωρίς την οποία θα ήταν αδύνατη η πραγματοποίηση της έρευνάς μας.

Τέλος, κρίνουμε αναγκαίο, να ευχαριστήσουμε τόσο την οικογένειά μας όσο και τους φίλους μας, για την υπομονή, την ενθάρρυνση, την υποστήριξη και την αμέριστη συμπαράσταση που μας παρείχαν καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μετανάστευση των ανθρώπων είναι ένα φαινόμενο πανάρχαιο και κάθε φορά καθορίζεται από διαφορετικούς παράγοντες. Στα προϊστορικά ακόμη χρόνια, οι διάφορες ανθρώπινες φυλές ήταν αναγκασμένες να μεταναστεύουν από τον έναν τόπο στον άλλο, προσπαθώντας να επιβιώσουν. Από τα κρύα κλίματα πήγαιναν στα πιο ζεστά, από τα ορεινά στα πεδινά, από τα φτωχά σε καρπούς και κυνήγι στα περισσότερο πλούσια. Βλέπουμε λοιπόν πως ο κύριος λόγος που δικαιολογούσε τη σταθερή μετανάστευση στο παρελθόν, ήταν η προσπάθεια επιβίωσης. Ο ίδιος λόγος ισχύει σε σημαντικό βαθμό και μέχρι σήμερα, που η μετανάστευση εμφανίζεται με καινούριες μορφές. Ενώ στα προϊστορικά χρόνια ήταν γενικό φαινόμενο η μετανάστευση κι αναγκαστικό πολλές φορές, στην ιστορική πια εποχή αρχίζει να διαφοροποιείται, χωρίς να σταματά βέβαια. Τώρα, μεγάλες ομάδες ανθρώπων μεταφέρονται από τον ένα τόπο στον άλλο, μέσα στα πλαίσια κυριάρχησης πάνω στους συνανθρώπους τους και κατάκτησης καινούριων χωρών. (Ιωακείμογλου, 2004)

ΒΑΣΙΚΟΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΗΣΕ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

Σύμφωνα με τα στοιχεία της απογραφής του 2001, στην χώρα μας βρίσκονται 762.191 μετανάστες, 415.552 άνδρες και 346.639 γυναίκες, (54,5% άνδρες, το 45,5% γυναίκες και το 16,7% είναι ηλικίας 0-14 ετών). Ο αριθμός των μεταναστών αντιστοιχεί στο 7,0% του πληθυσμού της χώρας, ενώ η αναλογία στην κατά φύλο εξέταση είναι μεγαλύτερη στους άνδρες έναντι των γυναικών (7,7% έναντι 6,3%) (ΕΣΥΕ, 2001).

Η Ελλάδα είναι πια χώρα υποδοχής μεταναστών, στους οποίους οφείλει μεγάλο μέρος της ανάπτυξής της. Περίπου 1.000.000 μετανάστες που ζουν στη χώρα μας αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα και δυσκολίες όπως τον κοινωνικό και εργασιακό αποκλεισμό, φυλετικές και κοινωνικές διακρίσεις, ρατσιστικά φαινόμενα, κοινωνική περιθωριοποίηση, εκπαιδευτικό αποκλεισμό και ανισότητα ευκαιριών σε όλους τους τομείς.

Όσον αφορά στην υγειονομική τους περίθαλψη, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, όπου έχουν δημιουργηθεί βάσεις δεδομένων με πληροφορίες για την

περίθαλψη και την πρόσβαση στο σύστημα υγείας. Την κατάσταση δυσχεραίνουν ακόμα περισσότερο παράγοντες όπως η γραφειοκρατία, οι μεγάλες λίστες αναμονής, οι ανεπαρκείς υποδομές και άλλα χρόνια προβλήματα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, καθώς και η ελλιπής ενημέρωση των κρατικών υπηρεσιών σχετικά με το νομικό καθεστώς και τα δικαιώματα επιμέρους κατηγοριών αλλοδαπών.

Οι Οδηγίες 2000/43/EK και 2000/78/EK της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως ενσωματώθηκαν στην ελληνική νομοθεσία με το νόμο 3304/2005, απαγορεύουν τις διακρίσεις λόγω εθνικής καταγωγής στους τομείς της υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης (Υπουργείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης).

Επίσης, υπάρχει ανάγκη να ληφθούν συγκεκριμένα μέτρα, προκειμένου να ξεπεραστούν οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες χωρίς έγγραφα, ώστε να μπορούν να έχουν πρόσβαση στους φορείς υγείας, καθώς και να εκπαιδεύεται το ειδικευμένο προσωπικό, να είναι καλά πληροφορημένο και με γλωσσικές δεξιότητες (kathimerini.gr).

Στην διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν περισσότερα στοιχεία για την χρήση υπηρεσιών υγείας από ενήλικες μετανάστες και πιο συγκεκριμένα υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αντίθετα υπάρχουν λίγες δημοσιευμένες μελέτες για τη χρήση υπηρεσιών υγείας παιδιών μεταναστών και πολύ λιγότερες για την Ελλάδα.

Όπως αναφέραμε παραπάνω, τα εμπόδια που συναντούν οι μετανάστες και τα παιδιά τους για την πρόσβασή τους στο Σύστημα Υγείας είναι πάρα πολλά. Μερικά από αυτά σχετίζονται με τις συνθήκες διαβίωσης των ανήλικων και των γονιών τους, συνθήκες που έχουν άμεση σχέση με την υγεία των παιδιών, γιατί είναι ένας βασικός παράγοντας δημιουργίας ασθενειών. Άλλα εξαρτώνται από τη δομή του συστήματος υγείας και την κάλυψη που το ελληνικό κράτος προσφέρει σε αυτές τις περιπτώσεις. Συμπερασματικά θέλαμε να μελετήσουμε καταρχήν τα κυρίαρχα προβλήματα υγείας για τα οποία νοσηλεύονται τα παιδιά των μεταναστών. Στη συνέχεια αντικείμενο ιδιαίτερης μελέτης αποτέλεσαν οι παροχές υγείας που προσφέρει το Ελληνικό κράτος στους μετανάστες και τα παιδιά τους. Επίσης μελετώντας τις συνθήκες στις οποίες ζουν, μπορούμε να ανακαλύψουμε τυχόν άλλα προβλήματα, για παράδειγμα εάν οι ανήλικοι μετανάστες

πέφτουν θύματα κακοποίησης από το οικογενειακό τους περιβάλλον ή σε ποιο βαθμό χρησιμοποιούν προληπτικές υπηρεσίες υγείας.

Σκοπός της εργασίας μας είναι να μελετήσουμε καταρχήν τα κυρίαρχα προβλήματα υγείας για τα οποία νοσηλεύονται τα παιδιά των μεταναστών. Στη συνέχεια αντικείμενο ιδιαίτερης μελέτης αποτέλεσαν οι παροχές υγείας που προσφέρει το Ελληνικό κράτος στους μετανάστες και τα παιδιά τους. Επίσης μελετώντας τις συνθήκες στις οποίες ζουν, μπορέσαμε να ανακαλύψουμε τυχόν άλλα προβλήματα, για παράδειγμα εάν οι ανήλικοι μετανάστες πέφτουν θύματα κακοποίησης από το οικογενειακό τους περιβάλλον ή σε ποιο βαθμό χρησιμοποιούν προληπτικές υπηρεσίες υγείας. Επίσης σημαντικό παράγοντα αποτελεί η δημιουργία ανισοτήτων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας μεταξύ γηγενών και μεταναστών.

Στη παρούσα πτυχιακή εργασία έγινε προσπάθεια ανάδειξης καινούριων στοιχείων τα οποία αφορούν σοβαρές ασθένειες που αντιμετωπίζουν οι ανήλικοι μετανάστες αλλά και ότι άλλο συνδέεται με αυτήν, προβλήματα οικονομικά ,να αποκτήσουν κάλυψη σε θέματα υγείας και άλλα πολλά τα οποία φροντίσαμε να τα παρουσιάσουμε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο χώρο του νοσοκομείου, είχαμε την ευκαιρία να συλλέξουμε ενδιαφέροντα στοιχεία από τους ανήλικους μετανάστες και τους γονείς τους.

Το σύγγραμμα αυτό χωρίζεται σε δυο μέρη. Το πρώτο είναι το θεωρητικό μέρος και αποτελείται από έξι κεφάλαια., στα οποία θα αναπτύξουμε το φαινόμενο της μετανάστευσης και πώς γίνεται η χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους ανήλικους μετανάστες. Στο δεύτερο μέρος θα αναλύσουμε την έρευνα που έχουμε πραγματοποιήσει στο θέμα αυτό και την συζήτηση.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρατίθενται οι ορισμοί της μετανάστευσης, τα αίτια που οδηγούν σε αυτή και τις μορφές μετανάστευσης που υπάρχουν.

Στο δεύτερο κεφάλαιο θα ανατρέξουμε στα προηγούμενα χρόνια για να δούμε ποια ήταν η πορεία της μετανάστευσης την περίοδο του 1980, αλλά κυρίως το 1990 που η Ελλάδα έχει χώρα υποδοχής των μεταναστών.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στο ρόλο της μετανάστευσης στην ελληνική οικονομία και ποιες είναι οι επιπτώσεις σε οικονομικό επίπεδο.

Στο τέταρτο κεφάλαιο θα επικεντρωθούμε στις κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες μεταξύ μεταναστών και γηγενών. Για το πώς αντιμετωπίζουν οι διάφοροι πολιτισμοί τις ασθένειες από τα προηγούμενα χρόνια.

Στο πέμπτο κεφάλαιο θα δούμε πώς επιδρά ο πολιτισμός στην καθημερινότητα των ατόμων και πώς αντιμετωπίζουν τα ζητήματα υγείας και της ασθένειας. Θα αναφερθούμε στην πολιτισμική διαφορετικότητα που αναφέρεται στη διαφορετικότητα των ατόμων όσο αφορά τη φυλή, την εθνικότητα, την καταγωγή, τη θρησκεία, την ηλικία κ.α. Επίσης ένα πολύ σημαντικό σημείο είναι η αναφορά στο διαπολιτισμικό διαμεσολαβητή στα νοσοκομεία και η χρησιμότητα της ύπαρξής του.

Στο έκτο και τελευταίο κεφάλαιο αναφερόμαστε στα συνηθέστερα προβλήματα υγείας που εμφανίζουν οι ανήλικοι και ενήλικοι μετανάστες. Τέλος στη νομοθεσία σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους ανήλικους και ενήλικους μετανάστες.

Στο δεύτερο μέρος της πτυχιακής θα δούμε την μεθοδολογία της έρευνας, τα αποτελέσματα καθώς και τη συζήτηση.

ΜΕΡΟΣ Α΄: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ : ΟΡΙΣΜΟΙ

Το πρόβλημα της μετανάστευσης είναι τεράστιο, πολύπλοκο και είναι ασφαλώς αντικείμενο της ιστορικής και κοινωνιολογικής έρευνας. Πρόκειται για ένα κοινωνικό φαινόμενο που εκδηλώνεται διαχρονικά και παγκόσμια.

Ο όρος **μετανάστευση** περιλαμβάνει την ιδέα της κίνησης, την αλλαγή τόπου διαμονής και μπορεί να αναφέρεται σε κάθε μετακίνηση - οριστική ή προσωρινή – ομάδων ανθρώπων, προς τόπους διαφορετικούς από εκείνους που μένουν. Αναφέρεται είτε σε οριστικές μετακινήσεις ανθρώπινων ομάδων, είτε σε εποχικές κινήσεις για εργασία.

Με την τεχνική έννοια του όρου η μετανάστευση χαρακτηρίζει τη μετακίνηση ανθρώπων με κάποια διάρκεια, με σκοπό την εργασία, από ένα κράτος σε κάποιο άλλο. Ο ορισμός αυτός αποκλείει από την έννοια της μετανάστευσης όλες εκείνες τις μετακινήσεις, με οριστικό ή προσωρινό χαρακτήρα, στο εσωτερικό του ίδιου του κράτους, που χαρακτηρίζονται ως εσωτερική μετανάστευση. Η μετατόπιση ατόμων ή ομάδων στο εσωτερικό μιας χώρας για αναζήτηση καλύτερα αμειβόμενης εργασίας ή καλύτερων όρων ζωής είναι σύνηθες φαινόμενο και καθημερινό στις κοινωνίες όλων των τύπων, ιδιαίτερα στις καλύτερα οργανωμένες.

Υπάρχουν ακόμα και μαζικές μεταναστεύσεις που οφείλονται σε πολεμικές συρράξεις ή συνοριακές μεταβολές. Πρόκειται για εξαιρετικές περιπτώσεις, ενώ γενικά όταν μιλάμε για μετανάστευση εννοούμε την ειρηνική και ελεύθερη μετακίνηση ατόμων ή ομάδων, που οφείλεται τις περισσότερες φορές σε οικονομικοκοινωνικές ανισότητες που υπάρχουν μεταξύ φτωχών και υπανάπτυκτων χωρών και χωρών με υψηλό οικονομικό δυναμικό ή υψηλή Γεώργιο-βιομηχανική ανάπτυξη.

Μεταναστεύσεις λαών στην εθνολογία είναι οι σε μεγάλη κλίμακα μαζικές μετακινήσεις ανθρώπινων ομάδων τόσο προσωρινού όσο και οριστικού χαρακτήρα. Διαφέρουν από τις μορφές μετακίνησης στο εσωτερικό όσο και από τις μορφές εκπατριισμού που πραγματοποιούνται με κίνητρο την αναζήτηση εργασίας. Τέλος, εκτός από τις

μετακινήσεις εντός των ηπείρων υπάρχει και η υπερπόντια μετανάστευση (Charlot, 2003).

Οι βασικές κατηγορίες αλλοδαπών, που παραμένουν και / ή εργάζονται στην Ελλάδα είναι οι εξής: α) Μετανάστες (νόμιμοι ή παράνομοι) και β) Πρόσφυγες (κυρίως πολιτικοί).

- Οι **νόμιμοι μετανάστες** είναι αυτοί που έχουν έρθει στη χώρα νόμιμα και η παρουσία τους έχει καταγραφεί από τις αρμόδιες αρχές και είναι εφοδιασμένοι με την απαιτούμενη άδεια παραμονής και εργασίας. Την κατηγορία αυτή την αποτελούν συνήθως άτομα που ανήκουν στη «διασπορά» ή «ομογένεια» και παλιννοστούν στη χώρα. Ακόμα είναι όσοι προέρχονται από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τρίτες χώρες για τις οποίες απαιτείται διαδικασία προσέγγισης (Ιωακείμογλου Η., 2004). Η κατανομή των αλλοδαπών εργαζομένων με άδεια, ανάλογα με τη χώρα προέλευσης, φανερώνει ότι οι μισοί περίπου αλλοδαποί προέρχονται από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ το ένα τρίτο προέρχεται από χώρες του Τρίτου Κόσμου. Κατά την περίοδο 1990 και 1992 η χορήγηση αδειών σε άτομα από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αυξάνεται συγκριτικά με όσους προέρχονται από χώρες της Αφρικής και της Ασίας. Μείωση παρουσιάζουν, επίσης, και οι χορηγούμενες άδειες σε ομογενείς.

- Οι **παράνομοι μετανάστες** είναι αυτοί που εισχώρησαν στη χώρα χωρίς νόμιμα ταξιδιωτικά έγγραφα ή εισήλθαν με κανονικά έγγραφα αλλά παραμένουν στη χώρα ως «αντικανονικοί μετανάστες». Οι τελευταίοι κατέχουν το ποσοστό 60% των παράνομων μεταναστών. Ωστόσο είναι δύσκολο να υπολογιστούν, ιδιαίτερα μετά το 1990, όπου εισήλθαν μαζικά αλλοδαποί, κυρίως από την Αλβανία αλλά και άλλες βαλκανικές χώρες (Μακρίδης Φ. 2002). Επειδή η Ελλάδα γειτονεύει με πολλές χώρες αποστολής και εξαιτίας της ευκολίας στην πρόσβαση λόγω των εκτεταμένων συνόρων της, αποτελεί «χώρα αναμονής» για τον τελικό προορισμό των αλλοδαπών. Το διάστημα αναμονής των οποίων διαρκεί περίπου τρία έως πέντε χρόνια.

Τα **αίτια** της μετανάστευσης είναι πολύμορφα. Οι άνθρωποι μεταναστεύουν για να αποφύγουν τους πιεστικούς παράγοντες της ζωής αναζητώντας καλύτερες συνθήκες διαβίωσης. Ειδικότερα μεταναστεύουν για:

- οικονομικούς
- κοινωνικούς
- πολιτικούς
- θρησκευτικούς και
- πολιτιστικούς λόγους

Ο άνθρωπος επιλέγει τη λύση της μετανάστευσης προκειμένου να ξεφύγει από καταστάσεις, όπως είναι ο υπερπληθυσμός μίας περιοχής, ο οποίος και συνεπάγεται την έλλειψη των φυσικών αποθεμάτων (φαγητό, νερό, κλπ), η φτώχεια, τα απολυταρχικά καθεστάτα κλπ. Υπάρχουν, όμως, και ορισμένοι οι οποίοι επιλέγουν τη λύση της μετανάστευσης ελκόμενοι από νέες ευκαιρίες ή αδυνατώντας να λειτουργήσουν στα πλαίσια καταπιεστικών κοινωνιών. Πολλές φορές, η μετακίνηση ενός πληθυσμού ή μέρους αυτού μπορεί να οφείλεται και σε λόγους συνυφασμένους με στρατιωτικές επιχειρήσεις, όπως μπορεί να είναι ένας πόλεμος ή μία στρατιωτική εκστρατεία.

Στη σημερινή εποχή, το πρόβλημα της μετανάστευσης έχει οξυνθεί λόγω των σημαντικών πολιτικών και κοινωνικών αλλαγών και όσον αφορά την ελληνική πραγματικότητα παρουσιάζεται με αντεστραμμένους όρους. Δηλαδή η Ελλάδα από χώρα αποστολής μεταναστών άλλοτε έγινε τώρα χώρα υποδοχής (Μπόραβου , 1998).

Σε αυτό το σημείο, αξίζει να σημειώσουμε ότι ως μετανάστευση θεωρείται και η μετακίνηση των μαύρων της Αφρικής, οι οποίοι στάλθηκαν στην Αμερική και στην Ευρώπη ως σκλάβοι. Υπολογίζεται ότι περίπου 15 εκατομμύρια Αφρικανών μεταφέρθηκαν ως δούλοι, μόνο στην Αμερική κατά τον 16^ο και 17^ο αιώνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΧΡΟΝΙΑ

Το αποτέλεσμα των μεταναστευτικών κυμάτων, τα οποία έχουν τις ρίζες τους σε στρατιωτικές επιχειρήσεις, είναι η δημιουργία αποικιών ανά την υφήλιο. Ένα από τα γνωστότερα παραδείγματα αυτής της τακτικής είναι η δημιουργία της αγγλικής αποικίας στην Ινδία. Η ανθρώπινη ιστορία είναι γεμάτη από παραδείγματα μετακινήσεων πληθυσμών, οι οποίες μπορεί να οφείλονται σε έναν από τους προαναφερθέντες λόγους ή και σε συνδυασμό αυτών.

Όσον αφορά την περίπτωση της Ευρώπης, η ανάπτυξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μετά τη συνθήκη της Ρώμης, το 1956, εγκαθίδρυσε σταδιακά την ελεύθερη διακίνηση της εργασίας. Στα τέλη της δεκαετίας του '80, η πτώση των Κομμουνιστικών Καθεστώτων στην Ανατολική Ευρώπη ήταν το έναυσμα για πολλούς κατοίκους των περιοχών αυτών να αναζητήσουν μία καλύτερη τύχη σε άλλες περιοχές, τόσο της Ευρώπης, όσο και του υπόλοιπου κόσμου.

Σύμφωνα με τον Giddens (1989), τα τελευταία περίπου 350 χρόνια μόνο, 45 εκατομμύρια κόσμου μετανάστευσαν από την Γηραιά Ήπειρο στην Βόρειο Αμερική (Η.Π.Α. και Καναδά), 20 εκατομμύρια στην Κεντρική και Νότια Αμερική και 17 εκατομμύρια στην Αφρική και στην Αυστραλασία.

2.1. Η ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Ελλάδα, όπως και οι άλλες χώρες της Νότιας Ευρώπης μετατράπηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1980, και κυρίως από το 1990 και μετά, σε χώρα υποδοχής μεταναστών, από χώρα αποστολής που υπήρξε για πολλές δεκαετίες. Η μεταβολή ήταν ξαφνική και κατέλαβε τη διοίκηση της χώρας, σχεδόν χωρίς προετοιμασία σε κανονιστικό, οργανωτικό και ψυχολογικό επίπεδο. (ΟΗΕ και Διεθνής Αμνηστία, Ελευθεροτυπία 2003)

Παρόλο που το φαινόμενο γίνεται ολοένα και πιο πολύπλοκο, η κατάσταση δεν έχει βελτιωθεί σε μεγάλο βαθμό μέχρι και τις μέρες μας. Τα μέτρα που προτείνονται κάθε

φορά και ιδιαίτερα αυτά που πραγματοποιούνται τελικά, είναι αποσπασματικά και χαρακτηρίζονται από αστυνομική και όχι από προληπτική λογική.

Οι Αλβανοί μετανάστες στην Ελλάδα, δεν έχουν συμπληρώσει το απαραίτητο χρονικό διάστημα παραμονής στη χώρα μας, προκειμένου να είμαστε σε θέση να φέρουμε εις πέρας μία δυναμική μελέτη επί του θέματος, η οποία να περιλαμβάνει και μελέτες επί της δεύτερης και τρίτης γενιάς. Δυστυχώς, το θέμα της μετανάστευσης γενικότερα, ως παγκόσμιο φαινόμενο, δεν αντιμετωπίζεται όπως θα έπρεπε να αντιμετωπίζεται και αυτό διότι δεν χρίζει της απαραίτητης προσοχής. Οι Πολωνοί που έρχονται κάθε χρόνο στη χώρα μας υπολογίζονται σε 60-70.000 άτομα, ενώ 15% από αυτούς εγκαθίστανται μόνιμως στην Ελλάδα. Μικρότερες κοινότητες μεταναστών είναι, επίσης, αυτή των Αιγυπτίων – 50.000 άτομα, με άγνωστο αριθμό νομίμων – καθώς και αυτή των ανδρών και γυναικών από τις Φιλιππίνες. Οι τελευταίοι φθάνουν τα 40.000 άτομα, εκ των οποίων το 85% είναι γυναίκες.

Γενικότερα οι αλλοδαποί εργαζόμενοι στην Ελλάδα με άδεια εργασίας, σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Εργασίας, ανέρχονταν το 2002 σε 38.891 άτομα. Απ' αυτούς, οι 18.502 είναι άνδρες και οι 15.389 γυναίκες. Από τη Ευρώπη προέρχονται 23.000, από την Αφρική 1.664, από την Αμερική 1.608, από την Ασία 6.967 και από Αυστραλία 565. Από τους Ευρωπαίους οι 18.000 είναι πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ οι 3.718 είναι Έλληνες παλιννοστούντες. (<http://www.ypakp.gr/>)

Οι ξένοι που ζουν αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι είναι γύρω στο 1.000.000. Στη μεγάλη τους πλειοψηφία έχουν έρθει στη χώρα μας παράνομα, γι' αυτό δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία ούτε για το πόσοι πραγματικά είναι, ούτε για τη χώρα προέλευσής τους. Εκτιμάται όμως ότι το 50% είναι μετανάστες από την Αλβανία, 10% από χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, 5% από χώρες της Ασίας (Ιράκ, Ιράν, Πακιστάν, Συρία, Φιλιππίνες), κάποιοι από την Πολωνία, καθώς και τις υπόλοιπες χώρες της Βαλκανικής Χερσονήσου (Βουλγαρία, Ρουμανία) (Γιαννίρη, 2003).

Αρκετοί από τους παραπάνω θεωρούν την Ελλάδα ως ενδιάμεση χώρα παραμονής, δηλαδή ο απώτερος στόχος τους είναι να εγκατασταθούν και να ζήσουν σε άλλες χώρες. Οι περισσότεροι, όμως εγκατέλειψαν την πατρίδα τους για οικονομικούς λόγους και

αναζητούν στην Ελλάδα δουλειά για να μπορέσουν να συντηρήσουν τις οικογένειες τους που πολλές φορές έχουν παραμείνει πίσω στη χώρα τους.

Όσον αφορά την ομαλή ένταξη των μεταναστών στη χώρα υποδοχής, μιλάμε για τη λεγόμενη «ενσωμάτωση». Ο όρος ενσωμάτωση υποδηλώνει την αναγνώριση ότι «κάθε μεταναστευτική ομάδα είναι φορέας ενός πολιτισμού που δέχεται βέβαια της επιδράσεις από τη χώρα υποδοχής, ταυτόχρονα όμως της ασκεί επίδραση σε αυτήν και συμμετέχει στην αναδιαμόρφωσή της» (Γεωργογιάννης,1997). Η πολιτισμική ετερότητα γίνεται αποδεκτή στο βαθμό που δε θέτει σε κίνδυνο τις πολιτισμικές αρχές της κυρίαρχης κοινωνίας. Ο σεβασμός ωστόσο και η ανοχή της πολιτισμικής αυτής ετερότητας αφορά σε θρησκευτικές πεποιθήσεις, ήθη και έθιμα, μουσική, γιορτές κλπ., που δεν αποτελούν το βασικό δομικό υπόβαθρο της κοινωνίας. Στο χώρο της εκπαίδευσης, πέρα από την εκμάθηση της εθνικής τους γλώσσας, πρέπει να δημιουργούνται πιο λεπτομερή και σχεδιασμένα προγράμματα σχολικής και κοινωνικής ενίσχυσης των αλλοδαπών για την αποτελεσματικότερη ενσωμάτωσή τους στο σχολείο και την κοινωνία. Πιστεύεται ότι η γνώση ιστορικών και πολιτισμικών πλευρών των διαφόρων εθνικών και μεταναστευτικών ομάδων θα επιτρέψει την αποδοχή διαφοροποιήσεων σε τρόπους ζωής, πολιτισμικές παραδοχές, θρησκευτικές πεποιθήσεις κτλ., που θα μπορούσε να διευκολύνει τη διαδικασία ενσωμάτωσης και να αποτρέψει λάθη από άγνοια (Bolton , 1979).

Σύμφωνα με το άρθρο 1 παρ. 2 (Α) της Σύμβασης της Γενεύης, όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 12 του Πρωτοκόλλου της Ν. Υόρκης, υφίσταται και το θέμα της προστασίας των προσφύγων, σε περίπτωση που βρίσκονται εκτός της χώρας υπηκοότητας τους λόγω φόβου δίωξης εξαιτίας της φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, κοινωνικής τάξης ή πολιτικών πεποιθήσεών τους, και οι οποίοι για το λόγο αυτό δεν μπορούν ή δεν θέλουν να γυρίσουν στη χώρα προέλευσής. (Europa, 1999)

Οι μετανάστες, όπως είπαμε, στη μεγαλύτερη πλειοψηφία τους, έχουν έρθει παράνομα στη χώρα μας. Όμως, η λαθρομετανάστευση αυτή διευκολύνεται πολύ και από τους εξής παράγοντες:

α) Τη μεγάλη έκταση των θαλάσσιων και χερσαίων συνόρων μας και

β) Τη δράση των σύγχρονων δουλεμπορικών κυκλωμάτων, που μετακινούν από τα παράλια της Τουρκίας στη χώρα μας χιλιάδες απελπισμένους ανθρώπους από τις χώρες της Ασίας (Πετσάλνικος, 2003)

Τρόπος να ελεγχθεί απόλυτα η λαθρομετανάστευση φαίνεται πως δεν υπάρχει. Γι' αυτό, το κράτος αποφάσισε να δώσει υπό όρους «πράσινη κάρτα» σε όσους θελήσουν να νομιμοποιήσουν την παραμονή τους στην Ελλάδα, έτσι ώστε να μπορέσει να ελέγξει το τεράστιο, για τη χώρα μας, κύμα μεταναστών που έχει δεχθεί τα τελευταία χρόνια.

.

Χρόνο με το χρόνο αυξάνονταν τα παιδιά μεταναστών από ξένες χώρες που φοιτούν στα ελληνικά σχολεία. Στοιχεία του Υπουργείου Παιδείας μας δείχνουν τη γρήγορη αύξηση των εγγραφών των αλλοδαπών μαθητών κατά 23% από το 1994-1997. Από αυτούς το 73% προέρχεται από την Αλβανία, 8% από τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης και μικρότερα ποσοστά από άλλες χώρες (Gabaglio, 2003). Όσον αφορά την εγκατάσταση των μεταναστών στην ευρύτερη περιοχή της πρωτεύουσας, όλες οι περιοχές δεν προσελκύουν τους μετανάστες στο ίδιο ποσοστό, αλλά κυρίως εγκαθίστανται στο κέντρο της Αθήνας.

Τα παιδιά των μεταναστών έχουν μια τεράστια δυσκολία στο να μάθουν ελληνικά. Στα σχολεία μας δεν υπάρχει μέριμνα ώστε να διδαχθούν ξεχωριστά την ελληνική γλώσσα και στη συνέχεια να ενταχθούν στις κανονικές τάξεις, ούτε έχουν σχολεία δικά τους (Αλβανικά, Πολωνικά κλπ.). Χαρακτηριστικό αυτής της περίπτωσης είναι το παράδειγμα των Πολωνών που έχουν έρθει από τη δεκαετία του '80 στην Ελλάδα, οι οποίοι έχουν μια αρκετά οργανωμένη κοινότητα η οποία συμπεριλαμβάνει και ένα σχολείο πολωνικό. Το απολυτήριο του σχολείου αυτού αναγνωρίζεται στην Πολωνία. Καθώς όμως οι περισσότεροι από αυτούς θέλουν να ενταχθούν στην ελληνική κοινωνία και να ζήσουν στην Ελλάδα, προτιμούν να στέλνουν τα παιδιά τους στα ελληνικά σχολεία, παρόλη τη δυσκολία που αντιμετωπίζουν ως μαθητές (Γιαννίρη 2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ

Στην Ελλάδα, οι ξένοι έγιναν αρχικά δεκτοί με συμπάθεια. Διευκόλυναν τη ζωή των Ελλήνων καθώς πήραν δουλειές που δεν τις έκαναν πια οι ίδιοι. Φιλιππινέζες με χαμηλά μεροκάματα γηροκόμησαν γέρους, βαριές δουλειές στις οικοδομές τις ανέλαβαν Πολωνοί κλπ. Το κύμα, όμως, των προσφύγων αυξήθηκε πάρα πολύ τη δεκαετία του '90, με την κατάρρευση των καθεστώτων του υπαρκτού σοσιαλισμού και κυρίως με τη διάλυση της οικονομιών όπως είναι αυτή της Αλβανίας. Η ανεργία που γίνεται όλο και μεγαλύτερη στη χώρα μας δημιούργησε αρνητικό κλίμα για τους ξένους.

Το μεγάλο ποσοστό των ανέργων στην χώρα μας λανθασμένα αποδόθηκε στην ύπαρξη των ξένων εργατών. Επιπλέον, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης δίνουν ιδιαίτερη έμφαση σε ειδήσεις για κλοπές ή άλλες εγκληματικές πράξεις, τις οποίες αποδίδουν, με ελλιπή στοιχεία τις περισσότερες φορές, σε ξένους. Έτσι, ένα κλίμα φόβου απέναντι στους μετανάστες άρχισε να δημιουργείται στην Ελλάδα. Έρευνα ενός ιδιωτικού ραδιοφωνικού σταθμού που έγινε την άνοιξη του '98 απέδειξε ότι πάνω από το 75% του πληθυσμού θεωρεί ότι υπάρχει πράγματι αύξηση της εγκληματικότητας στην Ελλάδα, νιώθει φόβο και ανασφάλεια και θεωρεί αναποτελεσματική τη δράση της αστυνομίας. (Πετσάλνικος , 2003)

Το ποσοστό όσων πιστεύουν ότι λύση για την αντιμετώπιση της εγκληματικότητας θα ήταν οι αυστηρότερες ποινές στους παραβάτες, καθώς και η απέλαση όλων των λαθρομεταναστών είναι περίπου της τάξεως του 90%. Ως μέτρο μείωσης της εγκληματικότητας θεωρείται σωστή η νομιμοποίησή τους από το 35% των ερωτηθέντων ενώ γύρω στο 50% πιστεύει πως οι κάτοικοι πρέπει να οργανωθούν σε ομάδες αυτοπροστασίας (Σιούτη , 2003).

Από στοιχεία του Υπουργείου Δημοσίας τάξης, που αναφέρονται στο έτος 1995, φαίνεται ότι στο σύνολο των διαπραχθέντων αδικημάτων, το ποσοστό των Ελλήνων δραστών πλησιάζει το 95%. Στις ανθρωποκτονίες από πρόθεση, οι Αλβανοί δράστες πλησιάζουν το 3% ενώ στις υποθέσεις ναρκωτικών οι Αλβανοί δράστες είναι μόλις το

1%. Είναι αλήθεια ότι το 1997, το ποσοστό των Αλβανών που είναι αναμειγμένοι σε υποθέσεις ναρκωτικών φτάνει το 5%.

Μέσα σε αυτό το γενικότερο κλίμα ξενοφοβίας, θεωρείται φυσιολογικό να αποδίδεται κάθε εγκληματική πράξη σε ξένους. Σε κάποιες συνεντεύξεις με αυτόπτες μάρτυρες αναφέρονται τα ακόλουθα: «Πριν να γίνει η ληστεία είδα έναν ύποπτο να τριγυρνά. Αλβανός έμοιαζε» ή απόψεις των δημοσιογράφων: «Ο δράστης μάλλον ήταν Αλβανός». Αίσθηση είχε προκαλέσει και η περίπτωση της δολοφονίας ενός Νιγηριανού μικροπωλητή από Έλληνες χούλιγκαν, μετά από αγώνα ποδοσφαίρου και την προσπάθεια απόδοσής της σε έναν διερχόμενο Αλβανό μετανάστη.

Είναι αλήθεια ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει εμφανής ρατσισμός, όπως ίσως τον συναντάμε σε χώρες της βόρειας Ευρώπης. Δεν έχουν, ακόμα τουλάχιστον, εμφανιστεί στη χώρα μας ακραία φαινόμενα βίας εναντίον των «ξένων» ή διαδηλώσεις για την απέλασή τους κλπ. Ορισμένα στοιχεία, όμως, που δείχνουν ξενοφοβικές αντιλήψεις και τάσεις, κερδίζουν καθημερινά έδαφος στην χώρα μας. Μια έρευνα του ΕΚΚΕ στη Βόρεια Ελλάδα έδειξε ότι οι μισοί περίπου από τους ερωτηθέντες πιστεύουν ότι οι ξένοι που ζουν στη χώρα μας δεν πρέπει να έχουν τα ίδια δικαιώματα με εμάς, το 87% πιστεύει ότι για την αύξηση της εγκληματικότητας φταίνε οι ξένοι και περίπου το 90% θεωρεί ότι ευθύνονται για την μείωση του μεροκάματου. Παρόλα αυτά το 70% πιστεύει ότι πρέπει να δημιουργηθούν στα σχολεία μας τάξεις υποδοχής για τα παιδιά των ξένων και πάνω από 85% θεωρούν ότι τα παιδιά τους πρέπει να πηγαίνουν στα ίδια σχολεία με τα ελληνόπουλα. (Νανούρης, 2003)

3.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Όλοι οι άνθρωποι, ξεχωριστά, έχουν μία ιδιαίτερη, προσωπική αντίληψη του κοινωνικού χώρου, ο οποίος τους περιβάλλει και ο οποίος έχει την τάση να περιστρέφεται γύρω από την παγκοσμιοποίηση της οικονομίας, της πολιτικής αλλά και της ρευστότητας. Το στήσιμο, κατά κάποιο τρόπο, διαχωριστικών κοινωνικών συνόρων εντός της κοινωνίας στην οποία ζούμε και αναπτυσσόμαστε, εξαιρεί και περιθωριοποιεί κάθε άτομο, το οποίο

δεν ανήκει ή δεν πιστεύει στις σταθερές της. (Giorgo, 2002) Πρόκειται για έναν αυταρχικό τρόπο διαχείρισης. (π.χ. προς τους μετανάστες).

Όσον αφορά τον χώρο της Ε.Ε., ο τρόπος διαχείρισης, υποφέρει από 2 πλευρές:

Αφενός οι νέες δομές ενοποίησης και λειτουργικής αποδιοργάνωσης. (υπερεθνική κοινωνική χάρτα). Ο πολίτης ταυτίζεται με τη νέα διαχείριση της κοινωνίας.

Αφετέρου έχουμε μία άλλη μορφή διαχείρισης, η οποία αποτελείται από μία συνεχώς αυξανόμενη ανεργία, από στοιχεία εθνορατσισμού και αδυναμία των εθνικών οικονομιών να επιβιώσουν χωρίς τη βοήθεια της Ε.Ε. (αταξία πραγμάτων). (Sarris A.H., Zografakis S., 1999)

Είναι, επίσης, σημαντικός ο ρόλος που έχουν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης τα οποία δημιουργούν και συντηρούν ένα ιδιαίτερα αρνητικό κλίμα ξеноφοβίας απέναντι στους μετανάστες.

Με την συμφωνία του 1985, για την άρση των εμποδίων ανάμεσα στις κοινωνίες της Ε.Ε. και μετά την κατάρρευση του υπαρκτού Σοσιαλισμού (Ανατολική Ευρώπη), ξεκινά μία νέα περίοδος μετανάστευσης προς τις χώρες της Ε.Ε. και παράλληλα μια αύξηση του «άγχους» των χωρών υποδοχής για την διασφάλιση των εθνικών συνόρων τους. Γίνονται προσπάθειες για την πλήρη αρμονοποίηση των πολιτικών των χωρών της Ε.Ε. αλλά η προσπάθεια αυτή και λόγω των παραγόντων που προαναφέραμε, όπως είναι η παγκοσμιοποίηση, έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη ορισμένων τάσεων, όπως είναι οι φυλετικές προκαταλήψεις και ο εθνορατσισμός. Υπάρχει ανάγκη για αναζήτηση νέων μεταναστευτικών προσεγγίσεων οι οποίες να συμβαδίζουν με το γενικότερο κοινωνικό γίγνεσθαι της Ε.Ε. (Sarris A.H., Zografakis S., 1999).

3.2.ΤΑ ΚΟΙΝΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΝΕΟΥ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΟΥ ΚΥΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ Ε.Ε.

Τα κοινά στοιχεία του νέου μεταναστευτικού κύματος στην Ε.Ε. είναι τα εξής

1. Η αύξηση πολιτικών προσφύγων / λαθρομεταναστών.
2. Η αύξηση ασυνόδευτων γυναικών και ανηλίκων.
3. Χώρες, που έστελναν μετανάστες, έγιναν χώρες υποδοχής (Ελλάδα).
4. Η εμφάνιση νέου κύματος μετανάστευσης από τις πρώην σοσιαλιστικές χώρες (Πολωνία). (ΟΗΕ και Διεθνής Αμνηστία, Ελευθεροτυπία, 05/01/2003)

Μέσα στις παραπάνω ομάδες συναντάμε και άτομα τα οποία έρχονται αρχικά με μία τρίμηνη τουριστική άδεια, λαθρομετανάστες, άτομα τα οποία πηγαionoέρχονται με προσωρινές άδειες παραμονής, εποχικούς μετανάστες, κλπ. Όλες όμως οι παραπάνω ομάδες μεταναστών δεν υπολογίζονται στον επίσημο αριθμό μεταναστών του κάθε κράτους.

Η αγορά και οι νεοφιλελεύθερες πολιτικές της Δύσης επέφεραν στην Ανατολική Ευρώπη μία κατάρρευση ηθικών αξιών και πολιτιστικών επιπέδων. Ακόμα και σε περιπτώσεις δουλεμπορίας (π.χ. βιομηχανίες του σεξ, οικιακοί βοηθοί, κλπ) κατάφορη δηλαδή καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, οι χώρες «υποδοχής» δεν είναι σε θέση να την αντιμετωπίσουν επαρκώς. (US Department of Labor, 1989)

Σε αυτό το σημείο, θα έπρεπε να υπογραμμίσουμε το γεγονός ότι οι μετανάστες, προκειμένου να εξασφαλίσουν τους πόρους διαβίωσής τους, έχουν μετατραπεί σε φτηνό εργατικό δυναμικό, που είναι κατώτερο του εθνικού αποδεκτού επιπέδου, στις χώρες υποδοχής. Με την παρουσία του έθνους-κράτους, οι κάτοικοι αποτελούν παράγοντα πλούτου ο οποίος θα έπρεπε να παραμείνει στα πλαίσια του κράτους αυτού.

Οι λόγοι αποδήμησης από πρώην σοσιαλιστικές χώρες είναι η κατάρρευση καθεστώτων, οι κοινωνικές επαναστάσεις και η οργάνωση κοινωνιών σε εθνοθησκευτικές βάσεις. Τα άτομα αυτά, πριν ακόμα μεταναστεύσουν στιγματίζονται, κατά κάποιον τρόπο για να αποτελέσουν μέρος του κοινωνικού περιθωρίου των χωρών της Ε.Ε.

Στα πλαίσια όλης αυτής της δυσκολίας για τους μετανάστες, ήρθε να προστεθεί και η υπογραφή της συνθήκης του Schengen της οποίας άρθρα έρχονται σε αντίθεση με την συνθήκη της Γενεύης, και γενικότερα με συνθήκες οι οποίες καλύπτουν τα δικαιώματα των προσφύγων. (ΟΗΕ και Διεθνής Αμνηστία, Ελευθεροτυπία, 05/01/2003)

Η συνθήκη του Schengen μπορούμε να πούμε ότι δημιούργησε ένα κοινωνικό χώρο άρνησης προς τους μετανάστες, καθώς και μία άρνηση αντιμετώπισης των ιδιαίτερων προβλημάτων τους, όπως για παράδειγμα στην Ιταλία όπου έγιναν μαζικές απελάσεις Αλβανών (ΟΗΕ και Διεθνής Αμνηστία, Ελευθεροτυπία, 05/01/2003). Ο κοινωνικός χώρος που αναπτύσσεται στα πλαίσια της Ε.Ε. έχει έντονη την άρνηση για οτιδήποτε είναι ξένο προς αυτόν ή διαφορετικό. Η Ε.Ε. τελικά κινδυνεύει από το κύμα των μεταναστών, αλλά από το κύμα της βίας και της ξеноφοβίας.

Η πόλη αποτελεί το φίλτρο ζωής για τον μετανάστη όπου γίνεται η συνάντηση του νέου με το ήδη υπάρχον. Με τη συνεχή προσέλευση μεταναστών, έχει αλλάξει ριζικά το κοινωνικό πρόσωπο της πόλης. Στην πόλη γίνεται η πρώτη επαφή του μετανάστη με τη χώρα παραμονής του και κυρίως με τους κατοίκους της. Ο κοινωνικός χώρος της πόλης δεν είναι δεδομένος ή αυτόνομος αλλά δημιούργημα τόσο των σχέσεων των ατόμων όσο και της πολιτικής ζωής. Αναζητούμε, μέσα από μία χωροταξική προσέγγιση, τις παραμέτρους που επηρεάζουν τη ζωή των μεταναστών. Υφίσταται δε, μία αμφίδρομη σχέση ανάμεσα στο εσωτερικό και στο εξωτερικό ενός χώρου. Η πόλη αποτελεί, επίσης, το σταυροδρόμι ανάμεσα στην παγκόσμια και τοπική οικονομία. (Papademetriou, D., 1994)

Οι νέοι μετανάστες αποτελούν ένα από τα στρώματα της κοινωνίας στην οποία προσπαθούν να επιβιώσουν. Η θέση τους, στα πλαίσια της κοινωνίας αυτής τοποθετείται περισσότερο στο περιθώριο της οικονομικής και πολιτικής ζωής αυτής. Αντανακλά δε και τα όρια του ανθρωπισμού και της δημοκρατίας. Κάθε φορά που ανασκευάζεται η πόλη, τα δικαιώματα των ατόμων αυτών (εργασία – διαμονή) επηρεάζονται άμεσα. (Papademetriou, D., 1994)

Ο εκτοπισμός του ατόμου προϋποθέτει μία φυσική και ιδεολογική βία από την πλευρά των ισχυρών ομάδων της συγκεκριμένης κοινωνίας. Αυτή η αντιμετώπιση αποτελεί πάγια τακτική στη Δυτική Ευρώπη.

Στο ελληνικό πεδίο της εργασίας έχουν γίνει δραματικές αλλαγές που οφείλονται σε δύο λόγους: α) στη γεωγραφική θέση της Ελλάδας: κοινά σύνορα με κράτη όπου κατέρρευσαν τα εργατικά γραφειοκρατικά καθεστώτα τους και ταυτόχρονα κεντρικό σημείο στο δρόμο από την Ανατολή προς την Ευρώπη και β) στο σχετικά μικρό μέγεθος της χώρας και της αντίστοιχης εσωτερικής αγοράς της εργασίας.

Λόγω της πρώτης παραμέτρου, ένα ρεύμα εξαθλιωμένων μεταναστών εισβάλλει στην αγορά εργασίας, μετά την κατάρρευση των γειτονικών «σοσιαλιστικών» κρατών τα οποία συνεχίζουν ασταμάτητα μέχρι και στις μέρες μας να την τροφοδοτούν με φθηνά εργατικά χέρια.

Παράλληλα, ένα δεύτερο ρεύμα από τις χώρες της μέσης και άπω Ανατολής συντηρείται εδώ και πολλά χρόνια από την μόνιμη οικονομική καπιταλιστική και νεοαποικιακή εξαθλίωση των χωρών αυτών. Το ρεύμα των απελπισμένων εντείνεται με τους πολέμους και τις καταστροφές από την βάρβαρη εξωγενή επέμβαση (Κουρδιστάν, Ιράκ, Αφγανιστάν) (Jayet H., 1998)

Το εργατικό δυναμικό που προέρχεται από διάφορες χώρες, διαθέτει έναν υψηλό βαθμό εξειδίκευσης, τεχνολογικής εκπαίδευσης και εμπειρίας από τις κατασκευαστικές κρατικές βιομηχανίες αλλά και τις κρατικές σχολές (κυρίως της πρώην ΕΣΣΔ, Πολωνίας,

Ρουμανίας και Βουλγαρίας) και τροφοδοτούν συνεχώς κάθε είδους κατασκευαστική δραστηριότητα, (βιομηχανίες, βιοτεχνίες, κατασκευές ηλεκτρομηχανολογικών εγκαταστάσεων, δημόσια έργα και οικοδομή). Αλλά και τα ανειδίκευτα χέρια, που αποτελούν και το μεγαλύτερο ποσοστό) συνεισφέρουν σε κάθε είδους βαριά, εποχιακή ή βοηθητική δουλειά στον αγροτικό τομέα, στα δημόσια έργα και στην οικοδομή. Στην περίπτωση της Ελλάδας πρόκειται κυρίως για Αλβανούς οι οποίοι αποτελούν το 60% του συνολικού πληθυσμού των μεταναστών.

Πολύ μεγάλη είναι επίσης η προσφορά τους στην παροχή των λεγόμενων «βοηθητικών» υπηρεσιών, όπως οικιακοί βοηθοί, αποκλειστικοί νοσοκόμοι για την περιποίηση αρρώστων και ηλικιωμένων, καθαρίστριες κλπ. Αυτοί οι μετανάστες είναι στην πλειοψηφία τους γυναίκες. Οι γυναίκες μετανάστες δυστυχώς συμβάλλουν επίσης και στο κύκλωμα, που ονομάζεται από τους δημοσιογράφους «δουλεμπόριο της λευκής σάρκας» και που «προμηθεύει» με εκατοντάδες νέες γυναίκες από όλες τις χώρες, τα πορνεία και τις παρόμοιες χρυσοφόρες επιχειρήσεις του «υποκόσμου» και των συνεργαζόμενων με αυτόν, μαστροπών.

Οι παραπάνω λόγοι οδήγησαν στην δημιουργία ενός μικροαστικού πληθυσμού, ο οποίος ζει, εργάζεται, παράγει και καταναλώνει δίπλα μας και που το αριθμητικό του μέγεθος ξεπερνά ήδη το εκατομμύριο.

Οι ανασφάλιστοι και ασυνδικάλιστοι «λαθρομετανάστες», εδώ και μια δεκαετία υφίστανται μια άγρια, απροκάλυπτη αλλά και συστηματική εκμετάλλευση, κυρίως από μικρούς και μεσαίους επιχειρηματίες. Μια μεγάλη μερίδα των αστικών και μικροαστικών στρωμάτων, που αποτελείται από τους εργολάβους και τους υπεργολάβους των δημόσιων και των ιδιωτικών έργων, από τους μικρούς και μεγάλους αγρότες, κτηματίες και κτηνοτρόφους, από τους μαγαζάτορες και μικρομαγαζάτορες κάθε είδους, αλλά ακόμη και από τους ιδιοκτήτες άθλιων, σχεδόν εγκαταλελειμμένων σπιτιών και διαμερισμάτων, γνώρισαν είτε μια νέα πηγή πλουτισμού είτε μια αναπάντεχη άνοδο στα εισοδήματά τους. (Jayet H., 1998)

Το γεγονός αυτό ήδη αναγνωρίζεται ως μία πραγματικότητα τόσο από κυβερνητικούς εκπροσώπους, όσο και από τους εκπροσώπους των ίδιων των εργοδοτών. Φυσικά όλοι αυτοί γνωρίζουν ότι είναι αυτό ακριβώς το καθεστώς της μόνιμης ανασφάλειας, της μόνιμης παρανομίας και της απειλής του βίαιου διωγμού που καθηλώνει τα μεροκάματα των ξένων εργατών στο κατώτερο επίπεδο. Ο φόβος της απέλασης τους κάνει να υπομένουν τους καθημερινούς εξευτελισμούς, τις εξωφρενικές απαγορεύσεις και τις απάνθρωπες απαιτήσεις των αφεντικών τους.

Οι εργοδότες λειτουργούν αντιμετωπίζοντας τους ξένους εργάτες έτσι ώστε να μην μεταβάλλεται η θέση τους από το καθεστώς της παρανομίας και της προσωρινότητας και κατά συνέπεια να παραμένουν ευάλωτοι στις απαιτήσεις των παραπάνω εργοδοτών. Η επιθυμία των εργοδοτών πραγματοποιείται άμεσα με την πολιτική της κυβέρνησης, αφού οι ξένοι εργάτες που προσπαθούν να νομιμοποιήσουν την ύπαρξή τους αντιμετωπίζουν μια απίστευτη οδύσσεια γραφειοκρατικών δυσκολιών και εξευτελισμών ή μια πρόσθετη εκμετάλλευση εκβιαστικών κυκλωμάτων μεσαζόντων με τις αρχές. (Frey, M., U. Mammey, 1996)

Από την άλλη μεριά η ανησυχία των εργοδοτών γίνεται ολοφάνερη, όταν οι επιχειρήσεις της «σκούπας», που εξαπολύει η κεντρική κυβέρνηση πιεζόμενη να επιδείξει σθένος και να πατάξει την λαθρομετανάστευση, παίρνουν τέτοια έκταση ώστε να απειλούν σε τοπικό επίπεδο την ίδια την ύπαρξη της χρυσοφόρας πηγής. Παρατηρείται επίσης συχνά το φαινόμενο των σωβινιστών δημάρχων οι οποίοι εναντιώνονται και αντιδρούν στις μαζικές προεκλογικές επιχειρήσεις τύπου «σκούπας», όταν αυτές συμπίπτουν με την περίοδο της συγκομιδής των αγροτικών προϊόντων της περιοχής τους. (Frey, M., U. Mammey, 1996)

Ένα μικρό τμήμα των εργατικών στρωμάτων που μεταπήδησαν στα μικροαστικά στρώματα σαν μικροεργολάβοι και μικροί επιχειρηματίες εκμεταλλευόμενοι τη χρυσή ευκαιρία, καθώς ωφελήθηκαν άμεσα από την εργασία των ξένων, η στάση τους ταυτίζεται με αυτή που περιγράψαμε παραπάνω για τα εργοδοτικά στρώματα. Εντούτοις, οι νέες αυτές δυνατότητες οικονομικής και κοινωνικής ανόδου, σε συνδυασμό με την μεγάλη υποχώρηση του εργατικού κινήματος της δεκαετίας του '90, διαμόρφωσαν και

μια νέα αντίληψη που ενίσχυσε τις μικροαστικές προσδοκίες και αυταπάτες σε μεγάλο μέρος της εργατικής τάξης.

Οι Έλληνες εργαζόμενοι αισθάνθηκαν ότι δεν ανήκουν πλέον στο κατώτατο στρώμα της κοινωνικής πυραμίδας. Παρακάτω από αυτούς υπάρχει μια μεγάλη διαθέσιμη μάζα εργαζομένων, την οποία ο καθένας μπορεί να εκμεταλλευτεί κατά βούληση, μόνιμα ή περιστασιακά. Έτσι πίστεψαν ότι δεν είναι πια οι ίδιοι προλετάριοι σαν αυτούς τους ξένους, τους χωρίς ελπίδα κοινωνικής ανόδου. Όλα αυτά συνέβαιναν επειδή ο Έλληνας γεννήθηκε προνομιούχος υπήκοος μιας ανώτερης ευρωπαϊκής χώρας. Πρόκειται κατά συνέπεια για μια ιδιότητα, που αξίζει να την υπερασπίσει, να την διασφαλίσει και από την οποία οφείλει να αποκλείσει όλους αυτούς τους «παρείσακτους» που θα τολμήσουν να διεκδικήσουν κάποια δικαιώματα και να απειλήσουν την προνομιακή του θέση. Είναι αξιοσημείωτες οι καθημερινές διακρίσεις «με κοινή συναίνεση», που υφίστανται στα δημόσια σχολεία όλης της χώρας, τα παιδιά των «Αλβανών», ακόμη και όταν αριστεύουν.

Αν η ύπαρξη των ξένων εργατών ενθάρρυνε τα μικροαστικά όνειρα της ντόπιας εργατικής τάξης, είναι αλήθεια ότι παράλληλα επιδείνωσε άμεσα και δραματικά τη διαπραγματευτική θέση των χειρονακτικά εργαζομένων στον ιδιωτικό τομέα ακινητοποιώντας εδώ και δέκα χρόνια τους κατώτατους μισθούς και τα μεροκάματα. Αλλά και οι εργαζόμενοι στο δημόσιο τομέα αισθάνθηκαν έντονη πίεση με τις συνεχείς αλλαγές προς το χειρότερο των συλλογικών τους συμβάσεων (Fix, M. & J.S.Passel, 1994). Τα «απτά» αυτά αποτελέσματα της παρουσίας των ξένων εργατών, ενίσχυσαν και έδωσαν «σοβαρά» επιχειρήματα, για την ξενοφοβική και εχθρική στάση απέναντι στους ξένους εργάτες, ενός μεγάλου μέρους της εργατικής τάξης.

Ακόμη περισσότερο η εργασία των ξένων, κυρίως των ανειδίκευτων Αλβανών και των Ασιατών, ώθησε στα όρια της εξαθλίωσης τα χαμηλότερα στρώματα των ντόπιων ανειδίκευτων και των εποχιακά εργαζομένων. Επιδεινώνεται, χαρακτηριστικά, η θέση των νομάδων-τσιγγάνων που ασχολούνταν παραδοσιακά με τις εποχιακές εργασίες της συγκομιδής των αγροτικών προϊόντων και που τώρα σπρώχθηκαν βίαια στο κοινωνικό περιθώριο και προκειμένου να επιβιώσουν αναγκάζονται να αναπτύξουν δραστηριότητες που παραβαίνουν τους αστικούς νόμους. (Ιωακείμογλου Η., 2004)

Οι αντιφατικές διαθέσεις της εργατικής τάξης είναι οι πλέον επικίνδυνες, αφού αυτές αποτελούν το κατάλληλο περιβάλλον για την γέννηση ρατσιστικών και φασιστικών πολιτικών τάσεων, αντίστοιχων με αυτές που ήδη βλέπουμε να αναπτύσσονται στις χώρες της δυτικής Ευρώπης με παρόμοια προβλήματα.

Οι πολιτικές εξελίξεις και οι κινητοποιήσεις αλληλεγγύης ήρθε να ανακόψει και να ανατρέψει το κλίμα ρατσισμού και ξеноφοβίας μέσα στην ελληνική εργατική τάξη, σε μεγάλη έκταση και με αμφίδρομο τρόπο.

Διαπιστώνουμε καθημερινά μια σαφέστατη αύξηση της αυτοπεποίθησης και των στοιχειωδών διεκδικήσεων των εργαζόμενων μεταναστών απέναντι στους εργοδότες. Βλέπουμε, επίσης, μια αλλαγή της μοιρολατρικής στάσης σε έντονη διαμαρτυρία απέναντι στις κρατικές αρχές και στα γραφειοκρατικά μαρτύρια που τους επιβάλλουν για την απόκτηση της κάρτας. Παράλληλα, η συμμετοχή των μεταναστών σε οργανώσεις και κινητοποιήσεις αυξήθηκε κατά πολύ.

Είναι φυσιολογικό η εκάστοτε κυβέρνηση και εργοδοσία να φοβούνται τις εκδηλώσεις αφύπνισης της ταξικής συνείδησης των μεταναστών εργαζομένων και να προσπαθούν να τις πνίξουν βίαια ή να τις αποκρύψουν. Όμως οι εκδηλώσεις αυτές έχουν έναν αμφίδρομο θετικό αντίκτυπο προς τους Έλληνες εργαζόμενους, αφού με αυτές, οι μετανάστες κερδίζουν τον σεβασμό και την αλληλεγγύη τους. (Ιωακείμογλου Η., 2004)

Η ένταξη των μεταναστών στις συνδικαλιστικές οργανώσεις, η ενίσχυση της αυτοοργάνωσής τους για την αυτοάμυνά τους, η άμεση διεκδίκηση των ασφαλιστικών τους δικαιωμάτων και του κατώτατου μεροκάματου σε επίπεδο αξιοπρεπούς διαβίωσης, μπορούν να δώσουν καρπούς, όχι μόνο για την άμεση βελτίωση της θέσης των ίδιων αλλά και για την αναβάθμιση του συνολικού ελληνικού εργατικού κινήματος με την ανάπτυξη μιας νέας ανώτερης πολιτικής και διεθνιστικής ταξικής συνείδησης.

Σε αυτό το σημείο, θα πρέπει να ερευνήσουμε σε βάθος το ακόλουθο ρώτημα: Ευθύνονται οι μετανάστες για την ανεργία στην Ελλάδα; Μειώνουν τις θέσεις εργασίας που είναι διαθέσιμες στους Έλληνες; Αν κρίνουμε με βάση την διακήρυξη της

Φιλαδέλφειας (1948) για τα ανθρώπινα δικαιώματα, τότε τα παραπάνω ερωτήματα είναι ρατσιστικά. Για τον πολύ απλό λόγο ότι το δικαίωμα στην εργασία και την αξιοπρεπή διαβίωση δεν εξαρτάται από το χρώμα, τη φυλή, το φύλο, τη θρησκεία, την εθνικότητα ή τη γεωγραφική περιοχή στην οποία έτυχε να βρεθούμε. Είναι προφανές, όμως, ότι η λογική των ανθρώπινων δικαιωμάτων δεν αποτελεί λογική της μεγάλης πλειοψηφίας των Ελλήνων. Καλούμαστε, λοιπόν, να απαντήσουμε στο ερώτημα, αν η παρουσία των οικονομικών μεταναστών στην Ελλάδα μειώνει την απασχόληση. Πέραν τούτου, ο «οικονομικός ρατσισμός» των Ελλήνων προσφέρει ηθική νομιμοποίηση σε άλλες πλευρές του ρατσισμού στους κόλπους των υποτελών κοινωνικών τάξεων. (Ιωακείμογλου Η., 2004)

3.3.ΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ

Οι συζητήσεις στις Η.Π.Α. είναι πολύ πιο σύνθετες και προσπαθούν να περιλάβουν όλες τις πλευρές του ζητήματος, σε αντίθεση με την Ευρώπη, όπου γίνεται πολύ λιγότερος λόγος για τα οικονομικά πλεονεκτήματα των μεταναστευτικών ρευμάτων. Αυτό έρχεται σε ρήξη με παλιότερες εποχές όταν η μετανάστευση ενθαρρυνόταν (Cross, 1989).

Η συζήτηση, που διεξάγεται κυρίως στις Η.Π.Α., επικεντρώνεται στις επιπτώσεις της μετανάστευσης επί του ρυθμού της οικονομικής μεγέθυνσης, επί των μισθών των αυτοχθόνων εργαζομένων και επί των δημόσιων οικονομικών. Για την Ελλάδα, οι σχετικές έρευνες είναι λιγοστές και έχουν γίνει ελάχιστα γνωστές.

Μια σειρά πρόσφατων οικονομικών μελετών έχουν δείξει ότι είναι δύσκολο να υπάρξουν μονόπλευρα αποτελέσματα και σίγουρες απαντήσεις σχετικά με τις επιπτώσεις της μετανάστευσης στην οικονομία υποδοχής. Αυτό συμβαίνει επειδή οι οικονομετρικές εκτιμήσεις είναι εξαιρετικά εύθραυστες ως προς την ακρίβεια των αποτελεσμάτων τους. Εξαρτώνται δε, σε μεγάλο βαθμό, από παραδοχές που ενσωματώνονται στην κατασκευή του οικονομικού μοντέλου (δηλαδή στους υπολογισμούς). Τα αποτελέσματα των υπολογισμών προκύπτουν από μαθηματικά μοντέλα που ενσωματώνουν θεωρητικές υποθέσεις – ιδιαίτερα σε σχέση με τον ρόλο του κόστους εργασίας. Ανάλογα, λοιπόν, με

τις θεωρητικές υποθέσεις του οικονομικού μοντέλου που υιοθετείται, προκύπτουν διαφορετικά αποτελέσματα (INED, 1991).

Η μετανάστευση αυξάνει το ρυθμό μεγέθυνσης του εργατικού δυναμικού. Όμως, ο δυνητικός ρυθμός μεγέθυνσης του προϊόντος (δηλαδή ο μέγιστος ρυθμός με τον οποίο μπορεί να αυξάνεται το ΑΕΠ μακροπρόθεσμα, χωρίς να αναπτύσσονται πληθωριστικές πιέσεις) είναι ίσος προς το άθροισμα της παραγωγικότητας της εργασίας και του ρυθμού μεγέθυνσης του εργατικού δυναμικού. Συνεπώς η μετανάστευση αυξάνει τη δυνατότητα της οικονομίας υποδοχής να αναπτύσσεται ταχύτερα και για περισσότερο χρόνο.

Στην περίπτωση όπου η μετανάστευση μετατρέπει τα ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα της οικονομίας υποδοχής, βελτιώνοντας τις επιδόσεις της σε ορισμένους κλάδους παραγωγής, μπορεί να υπάρξουν θετικά αποτελέσματα στο εμπορικό ισοζύγιο.

Εάν η μετανάστευση δημιουργεί επενδυτικές ευκαιρίες στη χώρα υποδοχής, η παραγωγή θα αυξηθεί και μαζί με αυτήν και η απασχόληση των αυτοχθόνων εργαζομένων.

Η μετανάστευση, εφόσον αφορά σε νόμιμη εργασία, μετατρέπει τα δημόσια έσοδα και αυξάνει τη μάζα των ετήσιων ασφαλιστικών εισφορών. Αυτές οι ευνοϊκές επιπτώσεις στα δημόσια οικονομικά έχουν και σημαντικά δευτερογενή αποτελέσματα: π.χ. η αύξηση της φορολογίας μειώνει το δημόσιο έλλειμμα και συνακόλουθα τα επιτόκια, των οποίων η μείωση επιδρά θετικά στις επενδύσεις, στην παραγωγή και την απασχόληση.

Οι μετανάστες, συνήθως, χρησιμοποιούνται ως εργασιακή δύναμη χαμηλής ειδίκευσης, και επομένως δέχονται χαμηλότερες αμοιβές. Στο βαθμό που παραγωγικότητα της εργασίας τους είναι κατά πολύ μεγαλύτερη από τις αποδοχές τους, το όφελος της οικονομίας υποδοχής είναι μεγάλο. Το εν λόγω όφελος μεγιστοποιείται όταν η εργασία των μεταναστών έχει χαρακτηριστικά διαφορετικά από αυτά των αυτοχθόνων εργαζομένων. (Sarris A.H., Zografakis S., 1999)

Ένα σύνθετο πρόβλημα, στο οποίο καλούνται να απαντήσουν τα οικονομετρικά μοντέλα, είναι η επίπτωση της μετανάστευσης επί των μισθών των αυτοχθόνων εργαζομένων. Πολλές μελέτες δείχνουν ότι η μετανάστευση ασκεί πίεση επί των μισθών, αλλά επίσης ότι αυτό αφορά το μισθό των ίδιων των μεταναστών. Βεβαίως, οι επιπτώσεις είναι διαφορετικές ανάλογα με το τμήμα της αγοράς εργασίας στο οποίο εντάσσονται οι

μετανάστες (Sarris A.H., Zografakis S., 1999). Για τον κλάδο της οικοδομής π.χ. πολλοί Έλληνες εργαζόμενοι ισχυρίζονται ότι η παρουσία των μεταναστών έχει ασκήσει πίεση για μικρότερους μισθούς των ήδη εργαζομένων στον κλάδο, είτε αυτοί είναι μετανάστες είτε είναι Έλληνες.

Στις Η.Π.Α., μέχρι πρόσφατα, η πλειοψηφία των οικονομολόγων εκτιμούσαν ότι η παρουσία των μεταναστών είχε θετικό αποτέλεσμα στα μακροοικονομικά μεγέθη της αμερικανικής οικονομίας: οι μετανάστες επιδρούν πολύ λίγο στους μισθούς των αυτοχθόνων εργαζομένων, βελτιώνουν την κερδοφορία, διακατέχονται από επιχειρηματικό πνεύμα και επιτρέπουν στην οικονομία υποδοχής να παραμείνει ανταγωνιστική σε έναν κλάδο ή να αναπτύξει ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα σε έναν άλλο (Papademetriou, 1994). Αυτές οι θέσεις είχαν τεθεί σε αμφισβήτηση από άλλους οικονομολόγους που τόνιζαν τις αρνητικές επιπτώσεις του ανταγωνισμού μεταναστών-αυτοχθόνων εργαζομένων, τα υψηλά ποσοστά ανεργίας μεταξύ των αλλοδαπών, την επιβάρυνση των δημόσιων οικονομικών.

Επίσης, στη μετανάστευση αποδιδόταν – και αποδίδεται ακόμη- ένα μέρος της ευθύνης τόσο για την ανάπτυξη οπισθοδρομικών μορφών εκμετάλλευσης της εργασίας, όσο και για την παραβίαση του θεσμικού πλαισίου ρύθμισης των εργασιακών σχέσεων εκ μέρους ενός τμήματος της εργοδοσίας. Υπάρχουν αρκετές πρόσφατες συζητήσεις στις Η.Π.Α. που καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ο χαρακτήρας των μεταναστευτικών ρευμάτων έχει αλλάξει ριζικά, έτσι ώστε να είναι δύσκολο πλέον στη σημερινή εποχή να μιλάμε για οικονομικά οφέλη σε αντίθεση με το παρελθόν, καθώς τα νέα κύματα μεταναστών επιδεικνύουν μικρότερη κοινωνική κινητικότητα και μικρότερη ικανότητα αναβάθμισης των γνώσεων και των δεξιοτήτων τους (Boijas, 1994).

Σε ότι αφορά τις επιπτώσεις της οικονομικής μετανάστευσης στα δημόσια οικονομικά, ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι αυτές είναι συνολικά θετικές (Fix & Passel, 1994) καθώς οι φόροι που καταβάλλονται από τους μετανάστες υπερβαίνουν τις δαπάνες που προκαλεί η παρουσία τους. Αυτό, πιθανότατα, σχετίζεται με το γεγονός ότι, ενώ τυπικά δικαιούνται των ίδιων παροχών, τις απολαμβάνουν σπανιότερα, ενδεχομένως επειδή συναντούν πραγματικά εμπόδια (Frey & Mammey, 1996).

Η παραπάνω μελέτη του INED (1991) κατέληξε επίσης στο συμπέρασμα ότι η υποκατάσταση αυτοχθόνων εργαζομένων από μετανάστες είναι περιορισμένη, και ότι οι μισθοί των μεν δεν επηρεάζονται σημαντικά από τους μισθούς των δε. Αντιθέτως, οι μισθοί των παλαιών μεταναστών επηρεάζονται σημαντικά από τους μισθούς των νέο-εισερχομένων μεταναστών.

Στα πλαίσια των οικονομικών αναλύσεων, οι διαμάχες είναι άγνωστες: εδώ, οι πολίτες-τηλεθεατές, γνωματεύουν με ευκολία για τη βλαβερή παρουσία των οικονομικών μεταναστών ακολουθώντας τις πιο χονδροειδείς ιδέες και τις πιο στυγνές προκαταλήψεις που διαδίδουν οι τηλεοπτικοί σταθμοί και γενικότερα τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.

Ο «οικονομικός ρατσισμός» των Ελλήνων βασίζεται στην παραδοχή ότι ο αριθμός των θέσεων εργασίας είναι δεδομένος, σταθερός, αμετάβλητος, και το χειρότερο, ότι καθορίζεται ως δια μαγείας «από την ελληνική οικονομία». Αυτό αποτελεί μια παρεξήγηση: ο αριθμός των θέσεων εργασίας καθορίζεται από την οικονομική πολιτική, δηλαδή από την πολιτική εξουσία. Η Ελλάδα είναι μια πλούσια χώρα που μπορεί να έχει πλήρη απασχόληση, να δώσει εργασία σε όλους, στους ανέργους της και τους μετανάστες της. Εάν αυτό δεν συμβαίνει, οφείλεται στην οικονομική πολιτική, στην πορεία προς την ΟΝΕ, στην κεφαλαιοκρατική αναδιάρθρωση και στην αποδυνάμωση των συνδικαλιστικών και πολιτικών οργανώσεων των εργαζόμενων τάξεων. (Sarris A.H., Zografakis S., 1999)

Πέρα απ' αυτό, ο «οικονομικός ρατσισμός» των Ελλήνων βασίζεται στην ιδέα πως οι μετανάστες επωφελούνται από την ελληνική οικονομία. Αυτό, επίσης, αποτελεί παρεξήγηση: η ελληνική οικονομία, μικροί και μεγάλοι Έλληνες εργοδότες και νοικοκυραίοι εκμεταλλεύονται την εργασία των μεταναστών. Η εργασία των μεταναστών κάνει κατά πολύ πλουσιότερους τους Έλληνες από ότι κάνει τους ίδιους τους μετανάστες. Πόσος είναι ο μέσος βαθμός εκμετάλλευσης ενός μετανάστη; Σε τι αναλογία, δηλαδή επιμερίζεται το προϊόν της εργασίας του μετανάστη σε αμοιβή του ιδίου και σε όφελος του εργοδότη; Σε αναλογία που δεν τολμούσε καν να ονειρευτεί κανένας εργοδότης πριν δεκαπέντε χρόνια. (Frey, M. & U. Mammey, 1996)

Μια εργασία, για τις επιπτώσεις της παράνομης μετανάστευσης στην ελληνική οικονομία (Sarris & Zografakis 1999), έδειξε ότι η μετανάστευση οδήγησε σε μείωση του πραγματικού διαθέσιμου εισοδήματος δύο ομάδων νοικοκυριών μεταξύ των δεκαπέντε που περιλαμβάνονταν στο μοντέλο υπολογισμού. Διατυπωμένο αλλιώς, αυτό σημαίνει ότι τα 2/3 του πληθυσμού επωφελείται οικονομικά από την παρουσία των οικονομικών μεταναστών, έναντι του 1/3 που «ζημιώνει».

Τελικά, όμως, ο «οικονομικός ρατσισμός» των Ελλήνων βασίζεται κυρίως στην ιδέα ότι η εργασία των μεταναστών μετατοπίζει Έλληνες από την απασχόληση και τους ρίχνει στην ανεργία. Αυτό είναι μια ακόμη παρεξήγηση: η εργασία των μεταναστών δημιουργεί θέσεις εργασίας για Έλληνες, οι οποίες είναι περισσότερες από αυτές που μετατοπίζει. Καμιά μελέτη δεν έχει αποδείξει ότι η εργασία των μεταναστών ευθύνεται, έστω εν μέρει, για την ανεργία στην Ελλάδα. Οι μετανάστες διαιρούνται σε δύο μερίδες: σε αυτούς που αναλαμβάνουν εργασίες για τις οποίες οι Έλληνες δε δείχνουν το παραμικρό ενδιαφέρον και σε αυτούς που καταλαμβάνουν θέσεις εργασίας τις οποίες υπό κανονικές συνθήκες θα κατελάμβαναν Έλληνες εργαζόμενοι. (Sarris & Zografakis 1999)

Πόσο μεγάλο, όμως, είναι αυτό το θετικό αποτέλεσμα της εργασίας των μεταναστών στην απασχόληση των Ελλήνων; Υπερκαλύπτει, άραγε, τη μετατόπιση Ελλήνων εργαζομένων από αλλοδαπούς σε ορισμένους κλάδους; Το ποσοστό των μεταναστών που εργάζονται σε εργασίες τις οποίες οι Έλληνες δεν αναλαμβάνουν είναι υψηλό. Αντίστοιχα χαμηλό είναι το ποσοστό των μεταναστών που ανταγωνίζονται τους Έλληνες για τη διεκδίκηση των ίδιων θέσεων εργασίας. Έτσι, κατά πάση πιθανότητα, το θετικό αποτέλεσμα που έχει η εργασία των μεταναστών επί της απασχολήσεως υπερκαλύπτει το αποτέλεσμα της μετατόπισης Ελλήνων από ορισμένους κλάδους, όπως π.χ. η οικοδομή.

Οι περισσότεροι οικονομικοί μετανάστες εργάζονται σε δουλειές στις οποίες δεν ανταγωνίζονται τους Έλληνες. Επομένως, δεν καταλαμβάνουν μια θέση εργασίας την οποία διεκδικούν Έλληνες. Ο μεγαλύτερος όγκος αυτών των εργασιών βρίσκεται στον αγροτικό τομέα και σε ορισμένες ειδικότητες του κλάδου της οικοδομής. Οι μετανάστες αυτοί, όχι μόνο δεν αφαιρούν δουλειά από τους Έλληνες, αλλά δημιουργούν δουλειά γι' αυτούς. Σε πολλές περιπτώσεις, χάρη στη δουλειά των μεταναστών, περισώζεται η δουλειά του εργοδότη, που χωρίς τους μετανάστες θα είχε οδηγηθεί σε παύση της

λειτουργίας της επιχείρησής του. Επίσης, η δουλειά των μεταναστών δημιουργεί την αύξηση της ζήτησης, επειδή καθιστούν κερδοφόρες μια σειρά επιχειρήσεων και τις ωθούν έτσι σε νέες επενδύσεις. (Γιαννίρη Ν., 2003)

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΑΕΔ, τα οποία βασίζονται στα δεδομένα των αιτήσεων, που υποβλήθηκαν καταρχήν από τους αλλοδαπούς για να τους χορηγηθεί άδεια παραμονής στην Ελλάδα, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των μεταναστών που ζουν και εργάζονται στη χώρα μας είναι ανειδίκευτοι, απασχολούνται κυρίως στον αγροτικό τομέα, έχουν μεσαίο επίπεδο εκπαίδευσης και η κυριότερη χώρα προέλευσης είναι η Αλβανία. Από την ανάλυση των στοιχείων του ΟΑΕΔ, προκύπτει ότι από τις 352.632 αιτήσεις που υποβλήθηκαν για τη χορήγηση άδειας παραμονής, το 65% περίπου των αιτήσεων είναι αλβανικής προέλευσης. Σε ότι αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο των αλλοδαπών, το 49% είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 38% πρωτοβάθμιας, ενώ το 9% είναι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Όσον αφορά την ηλικιακή τους σύνθεση, η συντριπτική τους πλειοψηφία ανήκει στις παραγωγικές ηλικίες με επικρατέστερη την ηλικιακή ομάδα 30-34 ετών, στην οποία κατατάσσεται το 38% του συνόλου. (Γιαννίρη Ν., 2003)

Σε ότι αφορά τις ειδικότητες, το 23% είναι ανειδίκευτοι εργάτες ή μικροεπαγγελματίες. Ως ειδικευμένοι τεχνίτες δήλωσαν ότι εργάζονται το 7%, ενώ ως ειδικευμένοι αλιείς, γεωργοί και κτηνοτρόφοι δήλωσαν ότι εργάζονται 4%. Με βάση την ειδικότητα, που είχαν κατά την τελευταία απασχόλησή τους, η πλειοψηφία των μεταναστών συγκεντρώνεται σε ένα μικρό φάσμα επαγγελματών, τα οποία ως επί το πλείστον ασκούνται στην παραοικονομία, με ότι αυτό συνεπάγεται για τους όρους και τις συνθήκες απασχόλησης. Επισημαίνεται ότι το 58% του συνόλου, δηλαδή 205.462 αλλοδαποί, απέφυγαν να δηλώσουν επάγγελμα, γεγονός το οποίο εξηγείται, κατά πάσα πιθανότητα, από τον διάφορον ειδών, πρόσκαιρο, ευκαιριακό και άτυπο χαρακτήρα της απασχόλησης. (Ιωακείμογλου Η., 2004)

Ο αριθμός των οικονομικών μεταναστών στην Ελλάδα που έχουν υποβάλει σχετική αίτηση για την έκδοση Λευκής Κάρτας εργασίας από τις κατά τόπους αρμόδιες υπηρεσίες του ΟΑΕΔ, ανέρχεται σε 373.000 περίπου, εκ των οποίων έχουν εγγραφεί και ασφαλιστεί στα ασφαλιστικά ταμεία περί τις 300.000. Από αυτούς, οι 190.000 έχουν

αποκτήσει κάρτα ενσήμων στο ΙΚΑ, 90.000 περίπου έχουν δηλωθεί ως εργάτες γης και έχουν ασφαλιστεί στον ΟΓΑ, ενώ 20.000 εγγράφηκαν στο ΤΕΒΕ ως ελεύθεροι επαγγελματίες. Αντίστοιχα την Πράσινη Κάρτα εργασίας (είναι αυτή που δίδεται με βάση αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με την απασχόληση και είναι ανανεώσιμη) έχουν έως σήμερα αποκτήσει από τον ΟΑΕΔ, μόνο, 20.000 αλλοδαποί. (Ιωακείμογλου Η., 2004)

Η παραπάνω αναντιστοιχία αυτή δείχνει τις σημαντικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ενδιαφερόμενοι σχετικά με τα δικαιολογητικά που θα πρέπει να προσκομίσουν για να αποδείξουν ότι απασχολούνται από Έλληνες εργοδότες, ώστε να εγκριθούν οι αιτήσεις τους. Διότι, αφενός μεν απαιτείται ο κάθε αλλοδαπός να έχει συγκεντρώσει, τουλάχιστον 40 ένησημα για να του χορηγηθεί η Πράσινη Κάρτα και για την ανανέωσή της να συγκεντρώνει 150 ένησημα κάθε έτος, αφετέρου δε, πρέπει το πιστοποιητικό υγείας του να έχει εκδοθεί ως την 31/12/1998. (ΟΑΕΔ, 2004)

Πολυλειτουργικός αναδεικνύεται ο ρόλος των μεταναστών και για την ελληνική κοινωνία, και ιδιαίτερα την ύπαιθρο. Πέραν της δημογραφικής αναζωογόνησης που είχε ως αποτέλεσμα ακριανά χωριά, και μέσω της επιγαμίας, να «δουν» παιδιά και να ανοίξουν σχολεία ύστερα από 40 χρόνια, συντέλεσε επίσης ώστε τα «γερασμένα νοικοκυριά» -οι οπισθοφυλακές της ελληνικής κοινωνίας- να βρουν τον τρόπο να διατηρήσουν τον παραδοσιακό τρόπο ζωής τους, διατηρώντας προσωρινά τη συνοχή του κοινωνικού ιστού και απαλλάσσοντας τους επιγόνους τους από πολλές σκοτούρες. Ωστόσο, καθοριστικός φαίνεται ότι είναι ο ρόλος των μεταναστών και στην αναζωογόνηση της αγροτικής οικονομίας. (Γιαννίρη Ν., 2003)

Το 70% των αγροτικών νοικοκυριών της ελληνικής υπαίθρου παραδέχονται ως θετική την παρουσία των μεταναστών στην κοινωνία, σύμφωνα με έρευνα του Πανεπιστημίου Πατρών που παρουσιάστηκε σε ημερίδα του Ευρωπαϊκού Δικτύου Ελληνίδων Δημοσιογράφων, από τον καθηγητή Χαράλαμπο Κασίμη, ο οποίος άσκησε αυστηρή κριτική στο «νέο» μεταναστευτικό νόμο 2910/2002 παράλληλα με την καθηγήτρια Λουκά Κατσέλη που είπε για το νόμο: «Δεν λύνει τα προβλήματα ανασφάλειας των μεταναστών και θα δημιουργήσει χώρο δράσης και πεδίο διαφθοράς».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ: ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΗΓΕΝΕΙΣ

Κάθε πολιτισμική ομάδα έχει σαφείς και χαρακτηριστικές πεποιθήσεις, και πρακτικές, που επηρεάζουν τον ορισμό που δίνουν στην έννοια της υγείας και τις ενέργειες, στις οποίες προβαίνουν, ώστε να αντιμετωπίσουν προβλήματα υγείας. Οι διαφορές στα επικοινωνιακά τους πρότυπα επηρεάζουν την αλληλεπίδρασή τους με τους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, παρατηρούνται πολλές διαφορές ανάμεσα στα άτομα των ίδιων ομάδων, οι οποίες εξαρτώνται από την περιοχή ή χώρα προέλευσης καθώς και το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο (Sealey 2003).

4.1.ΕΞΗΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τους Dossey, Keegan και Guzzeta (2000), στον πολιτισμό των Hmong, μίας φυλής από την Ανατολική Ασία, η ασθένεια προκαλείται από υπερφυσικές δυνάμεις, όπως απώλεια της ψυχής, πνευματική δυσαρμονία ή αμαρτίες προγόνων. Επίσης, ισχυρίζονται ότι για πολλούς Ιθαγενείς Αμερικάνους, αιτίες μίας ασθένειας μπορεί να αποτελέσουν η διεξαγωγή ενός βίου που δεν γίνεται σύμφωνα με τους αποδεκτούς κοινωνικούς κώδικες, αλλά και τα κακά πνεύματα.

Η Campinha-Bacote (1998) χαρακτηρίζει αυτές τις ασθένειες ως «πολιτισμικά καθορισμένες» και αναφέρει παραδείγματα ασθενειών που είναι συνδεδεμένες με την μαύρη μαγεία. Πρόκειται για κάποιες καταστάσεις που έχουν κατά καιρούς αναφερθεί από Αφροαμερικάνους και άτομα που ανήκουν σε κουλτούρες της Καραϊβικής και πιστεύεται ότι προκαλούνται από υπερφυσικές δυνάμεις.

Άλλα παραδείγματα πολιτισμικά καθορισμένων συνδρόμων συναντώνται σε πληθυσμούς Ισπανών ή Λατινοαμερικανών, οι οποίοι ως αιτίες μίας ασθένειας μπορεί να θεωρούν το «κακό μάτι», την έλλειψη σεβασμού, την έλλειψη της ψυχής ή την έλλειψη ισορροπίας ανάμεσα στο ζεστό και στο κρύο. Τα συμπτώματα αυτών των καταστάσεων μπορεί να ποικίλλουν από γαστρεντερικές διαταραχές έως και αδυναμία και κατάρπωση. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς μπορεί να αναζητήσουν τη λύση σε παραδοσιακές μεθόδους θεραπείας (Campinha-Bacote 1998).

Σύμφωνα με τους Dossey, Keegan και Guzzeta (2000), εάν ένας / μία ασθενής πιστεύει ότι η αιτία που έχει προκαλέσει την ασθένειά του / της είναι μία αμαρτία ή μία προκατάληψη που έχει ξεπεραστεί, τότε συνήθως δεν είναι δεκτικός / ή στη θεραπευτική αγωγή που θα του υποδείξει ένας γιατρός και μπορεί να ανταποκριθεί σε κάποια πολιτισμικά καθορισμένη τελετουργία. Η Campinha-Bacote (1998) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι συχνά οι πολιτισμικά καθορισμένες ασθένειες διαγιγνώσκονται λανθασμένα ως ψυχικές ασθένειες και υποστηρίζει ότι η γνώση για τις αντιλήψεις, που έχουν για την υγεία και την ασθένεια, πληθυσμοί που διαφέρουν πολιτισμικά, μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη των παραπάνω ασθενειών.

4.2.ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ

Οι Giger και Davidhizar (1999) ισχυρίζονται ότι οι ιατρικοί φορείς θα έπρεπε να εκτιμούν τις πολιτισμικές διαφορές που έχουν σχέση με την αντίληψη του χρόνου. Περιγράφουν μία διάσταση της αντίληψης του χρόνου, τον χρονικό προσανατολισμό, που αναφέρεται στο γεγονός ότι η συμπεριφορά ενός ατόμου συνδέεται με το παρελθόν, το παρόν, ή το μέλλον και αυτό είναι κάτι που εξαρτάται από την προτεραιότητα, που δίνουν σε αυτές τις χρονικές διαστάσεις τα μέλη της πολιτισμικής ομάδας στην οποία ανήκει. Παραδείγματος χάρη, οι Αφροαμερικάνοι είναι περισσότερο προσανατολισμένοι στο παρόν, αν και για ορισμένα άτομα της συγκεκριμένης πολιτισμικής ομάδας, κυρίως τους ηλικιωμένους, το παρελθόν παίζει πιο σημαντικό ρόλο (Purnell & Paulanka 1998).

Οι χρονικοί αυτοί προσανατολισμοί βρίσκουν εφαρμογή στην αλληλεπίδραση των ιατρικών φορέων με τους ασθενείς μετανάστες. Τα άτομα που είναι προσανατολισμένα στο παρόν μπορεί να πιστεύουν ότι το παρόν είναι πιο σημαντικό, επειδή ποτέ δεν επαναλαμβάνεται και κάποιες φορές διστάζουν να προχωρήσουν στην επόμενη προγραμματισμένη ενέργεια. Τα άτομα αυτά ενδεχομένως να μην υποβάλλονται σε κάποιες προληπτικές ιατρικές εξετάσεις και να καταφεύγουν σε υπηρεσίες υγείας, μόνο όταν αντιμετωπίζουν κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας (Giger & Davidhizar 1999).

Μία άλλη πολιτισμική διαφορά που σχετίζεται με τον χρόνο είναι ο τρόπος με τον οποίο αυτός μετράται. Όπως είναι γνωστό, ο χρόνος μετράται σε ώρες, ημέρες και χρόνια. Ωστόσο, σε ορισμένες κουλτούρες ο κοινωνικός χρόνος ή οι κοινωνικές διαδικασίες και τα πρότυπα που καθορίζουν τον κοινωνικό βίο είναι αυτά που έχουν προτεραιότητα για τον χρονικό προσανατολισμό (Giger & Davidhizar 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Η εργασία και η υγεία είναι δυο πεδία που αλληλεπιδρούν και ορίζουν τις συνθήκες επιβίωσης των ανθρώπων. Μέσω της εργασίας τα άτομα εντάσσονται στα ασφαλιστικά ταμεία και συνεπώς μέσω αυτών έχουν ιατροφαρμακευτική κάλυψη. Είναι γεγονός δε ότι οι μετανάστες που τελικά εργάζονται σε καθεστώς άτυπης/ μαύρης εργασίας χωρίς ένσημα έχουν προβλήματα στην ιατροφαρμακευτική τους φροντίδα.

Όσον αφορά το ζήτημα της ασφαλιστικής κάλυψης των αλλοδαπών σχετικά με ζητήματα υγείας οι ρυθμίσεις διαφέρουν, καθώς δεν αποτελούν όλοι οι αλλοδαποί μια ενιαία κατηγορία. Ως μια κατηγορία ορίζονται οι αλλοδαποί οικονομικοί μετανάστες που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα. Σχετικά με αυτούς το Ι.ΜΕ.ΠΟ. (2005:14-15) αναφέρει:

Εφόσον απασχολούνται με σχέση εξαρτημένης εργασίας ή ασκούν ανεξάρτητη οικονομική δραστηριότητα, έχουν το δικαίωμα και την υποχρέωση να ασφαλιζονται στους διάφορους ασφαλιστικούς οργανισμούς, όπως ακριβώς και οι Έλληνες πολίτες και δικαιούνται τις ίδιες παροχές. Επιπλέον στον ασφαλιστικό φορέα του αλλοδαπού έχουν το δικαίωμα να ασφαλιστούν έμμεσα και τα μέλη της οικογένειάς του.

Μια άλλη κατηγορία αποτελούν οι μη νόμιμοι αλλοδαποί οικονομικοί μετανάστες. Σύμφωνα με διάταξη του νόμου 1975/91 «τα νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου υποχρεούνται να μη δέχονται για εξέταση αίτημα αλλοδαπού που βρίσκεται στο ελληνικό έδαφος αν δεν είναι κάτοχος άδειας παραμονής ή δεν έχει θεώρηση εισόδου ή γενικά δεν αποδεικνύει ότι παραμένει νόμιμα στην Ελλάδα. Εξαιρούνται τα νοσοκομεία, τα θεραπευτήρια και οι κλινικές στις περιπτώσεις που οι αλλοδαποί εισάγονται εκτάκτως για νοσηλεία».

Η παραπάνω διάταξη αφορά και τον επόμενο νόμο, 2910/2001, στον οποίο προστίθεται ως εξαίρεση η κατηγορία των ανηλίκων παιδιών. Διαπιστώνεται λοιπόν ότι οι αλλοδαποί που εντάσσονται στην κατηγορία των παράνομα ευρισκόμενων στη χώρα, δεν έχουν κανένα δικαίωμα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία.

Ο νόμος γίνεται αυστηρότερος στο σημείο που προβλέπει ότι οι διευθυντές που δεν ενημερώνουν τις αρχές για την άφιξη παράνομων αλλοδαπών στο νοσοκομείο τους θα υφίστανται πειθαρχική δίωξη για παράβαση καθήκοντος (Ι.ΜΕ.ΠΟ, 2005:17-18).

Δεν είναι όμως μόνο η νοσοκομειακή περίθαλψη αυτή που διασφαλίζει την υγεία των μεταναστών. Πολλοί μετανάστες έχοντας υποστεί δύσκολες ψυχολογικές καταστάσεις είτε κατά τη διάρκεια των συνόρων, είτε προηγουμένως λόγω διώξεων στη χώρα τους αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας.

Οι Θεοδωράκης και Χρυσανθοπούλου (2008:19-20) αναφέρουν ότι πάνω από το 50% των μεταναστών παγκοσμίως έχουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Αυτά συμπεριλαμβάνουν χρόνιες ψυχικές διαταραχές, τραυματικές εμπειρίες και ψυχική ένταση. Αυτό συμβαίνει γιατί η μετανάστευση από μόνη της είναι ένα τραυματικό γεγονός που πολλές φορές βιώνεται σαν ‘πολιτισμικό σοκ’ που έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία του ατόμου. Οι ίδιοι παραθέτουν στοιχεία σχετικά με την ψυχική υγεία των μεταναστών, όπως διατέθηκαν από το Ελληνικό Ιατρείο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, από το 2000 μέχρι το 2004. Σύμφωνα με αυτά:

[..]το 33% όσων κατέφυγαν για βοήθεια έπασχε από συναισθηματικές διαταραχές, το 31% από ψυχωτικές καταστάσεις, το 28% από άγχος και σωματοποίηση, το 2% από κατάχρηση ουσιών και άλλο ένα 2% από διαταραχές της προσωπικότητας. Ειδικά για τα άτομα που έπασχαν από κατάθλιψη, καταγράφηκε μία άμεση σχέση αυτής της διαταραχής με την ανεργία αλλά και την έλλειψη υποστηρικτικού συστήματος (οικογένεια, φίλοι). Ταυτόχρονα, παρατηρήθηκε ότι η δεύτερη γενιά μεταναστών αντιμετωπίζει σοβαρότερα ψυχολογικά προβλήματα από την πρώτη, εξαιτίας των έντονων εσωτερικών συγκρούσεων που βιώνουν ήδη από την παιδική ηλικία, μεταξύ του πολιτισμικού μοντέλου που βιώνουν στο σχολείο και των διαφορετικών αξιών στις οποίες εκπαιδεύονται στο σπίτι τους. Επιπλέον, το άγχος είναι μεγαλύτερο μεταξύ όσων αποπειρώνται να ενταχθούν στη νέα κοινωνία όπου διαβιώνουν, καθώς και οι Έλληνες που “απέτυχαν” στο εξωτερικό και αναγκάστηκαν να επιστρέψουν

γρήγορα στην Ελλάδα, εμφανίζουν μεγάλο ποσοστό άγχους και δυσθυμίας. (Θεοδωράκης & Χρυσανθοπούλου, 2008:23)

Οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα από τον Μάιο του 1997 έως τον Μάιο του 1999 δέχτηκαν 240 αιτήματα για ψυχολογική και ψυχιατρική υποστήριξη σε ένα σύνολο 6.297 περιστατικών δηλαδή, ποσοστό 3,8%. Ο μεγαλύτερος αριθμός των αιτημάτων προέρχεται από τη Γεωργία με ποσοστό (37%), Ρωσία (35%), Αλβανία (26%), από άλλες χώρες (2%). Οι κυριότερες διαγνώσεις που ετέθησαν (DSM-IV) ήταν: σωματόμορφες διαταραχές 45%, διαταραχές της διάθεσης 14%, αγχώδεις διαταραχές 29%, σχιζοφρένεια 7%, αλκοολισμός 2%, ενώ το 3% προσήλθε για οικογενειακά προβλήματα (www.msf.gr) . Ο Μπουφίδης Σ. , ψυχίατρος και μέλος των Γιατρών Χωρίς Σύνορα, αναφέρει επιπλέον ότι: «Το μικρό ποσοστό των σχιζοφρενών οφείλεται στις δύσκολες συνθήκες μετανάστευσης. Επίσης, μόνο το 8% των ασθενών μας είχε ιστορικό ψυχικής διαταραχής πριν από την άφιξή του στην Ελλάδα, ενώ ένα 7% έπασχε από σχιζοφρένεια πριν τον ερχομό στην Ελλάδα, δηλ. μόνο το 1% παρουσίαζε από πριν κάποια ψυχική διαταραχή εκτός της σχιζοφρένειας».

Όσο η διαχείριση της υγείας αφορά τους ειδικούς (ιατρούς), άλλο τόσο είναι και προσωπικό ζήτημα του ασθενή, ο οποίος καλείται να πάρει αποφάσεις σε σχέση με το σώμα του. Η σωματική ασθένεια όμως, επειδή εκφράζεται στο σώμα, μπορεί να διαγνωστεί πιο εύκολα και οι τρόποι αντιμετώπισής της να είναι πιο ξεκάθαροι. Δεν συμβαίνει το ίδιο όμως και με τις ψυχικές νόσους, οι οποίες προϋποθέτουν άπταιστη επικοινωνία μεταξύ ειδικών (ψυχολόγου, ψυχίατρου, κοινωνικού λειτουργού) και εξυπηρετούμενων. Η επικοινωνία όμως αυτή απαιτεί χρήση κοινής γλώσσας, κατανόηση, κυρίως από την πλευρά του ειδικού, των πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων αλλά και των συνθηκών πρότερης διαβίωσης και εισόδου στη χώρα μας.

Η ψυχική υγεία φαίνεται να είναι δευτερεύουσας σημασίας, τουλάχιστον για την Ελληνική πολιτεία. Αυτό φαίνεται από τις ελλειπείς δομές που έχει η χώρα μας σε αυτό τον τομέα γενικότερα, πόσο μάλλον και ειδικότερες δομές που απευθύνονται σε μετανάστες. Τον ρόλο λοιπόν της πολιτείας, πέρα από ελάχιστες

πρωτοβουλίες δημόσιου χαρακτήρα, έρχονται να καλύψουν κάποιες Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις. Αυτό εμπεριέχει μια σοβαρή προβληματική καθώς οι δυσκολίες που επιφέρει η ψυχική διαταραχή στο άτομο, το καθιστά τις περισσότερες φορές μη λειτουργικό στους υπόλοιπους τομείς της ζωής του και τελικά, λόγω συνθηκών, μη αντιμετωπίσιμες.

5.1.ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ ΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Οι πολιτισμικές αξίες επιδρούν αποφασιστικά στη μορφή και την οργάνωση της ανθρώπινης κοινωνίας, αλλά και στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Ο Mead υποστηρίζει ότι ο πολιτισμός δεν επιδρά μόνο στις τέχνες, στη θρησκεία, στις επιστήμες αλλά και στα τεχνολογικά συστήματα, στις πολιτικές πρακτικές και στις καθημερινές συνήθειες των ανθρώπων.

Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι βιώνουν, αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν σε κάθε περίπτωση τα ζητήματα της υγείας και της ασθένειας εξαρτάται άμεσα από το εκάστοτε πολιτισμικό περιβάλλον και αυτό είναι κατά κύριο λόγο το επίπεδο επίδρασης του πολιτισμού σε σχετικές με την υγεία συμπεριφορές και αντιλήψεις.

Η εξασφάλιση της κατάλληλης παιδείας για να συνεχιστεί η μετάδοση των γνώσεων και των προτύπων συμπεριφοράς από τη μια γενιά στην άλλη, η ύπαρξη τεχνογνωσίας για την παρασκευή φαρμάκων, η ύπαρξη κατάλληλης τεχνικής για το κτίσιμο νοσηλευτικών ιδρυμάτων, η κατάλληλη διάρθρωση της οικονομίας ώστε να εξασφαλίζει τους πόρους για την οργάνωση συστήματος πρόνοιας, καθώς και η προσωπική βούληση για την διασφάλιση και την προαγωγή της υγείας είναι μερικά μόνο παραδείγματα για το πώς ο πολιτισμός επηρεάζει την υγεία. Η διαχείριση των απορριμμάτων, η ύπαρξη και το επίπεδο αρδευτικών και αποχετευτικών συστημάτων οι μέθοδοι διατήρησης και διακίνησης των τροφίμων και αλλά πολλά αποτελούν μία σειρά ακόμα θεμάτων που επηρεάζουν το επίπεδο της υγείας των ανθρώπων ανά τον πλανήτη (Τούντας, 1999).

Μάλιστα, η ατομική βούληση εξαρτάται κυρίως από τις κυρίαρχες ανθρωπολογικές, ιδεολογικές και φιλοσοφικές αντιλήψεις. Ο φιλοσοφικός στοχασμός ως πνευματικό

προϊόν του πολιτισμού είναι μία ερμηνευτική λειτουργία του νου που προσπαθεί να προβάλλει τη σημασία και το νόημα όλων των πραγμάτων και των γνώσεων. Δίνει νόημα στην ύπαρξη του κόσμου, τις πράξεις και τις αποφάσεις μας για τα πιο απλά μέχρι τα πιο σύνθετα ζητήματα.

Η Θρησκευτική πίστη, ως αναπόσπαστο κομμάτι του πολιτισμού, διαδραματίζει στις περισσότερες περιπτώσεις σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της φιλοσοφικής θεώρησης και της στάσης απέναντι στη ζωή και κατά επέκταση στην υγεία. Η κάθε Θρησκεία έχει την δική της διδασκαλία για τον άνθρωπο, τον σκοπό και το νόημα της ύπαρξης, της ζωής και του θανάτου σε βαθμό που αυτές οι θεωρήσεις, σχεδόν πάντα, επεκτείνονται και επιδρούν σε συμπεριφορές και τελετές σχετικές με την υγεία των εκάστοτε πιστών. Η περιοδική ή ισόβια απαγόρευση κάποιων τροφών όπως είναι η αυστηρή χορτοφαγία για τους βουδιστές μοναχούς, η αποχή από το κάπνισμα για τους οπαδούς της προτεσταντικής ομολογίας των «Αντβεντιστών της εβδόμης ημέρας» και η άρνηση μετάγγισης αίματος στους Μάρτυρες του Ιεχωβά αποτελούν χαρακτηριστικά παραδείγματα, αναφορικά με τον τρόπο με τον οποίο η θρησκεία επιδρά στη διαμόρφωση συμπεριφοράς που βλάπτει ή προαγάγει την υγεία.

5.2.ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΤΗΤΑ – ΠΟΙΚΙΛΟΜΟΡΦΙΑ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Υπάρχουν πολλοί ορισμοί για την πολιτισμική ποικιλομορφία, οι περισσότεροι ωστόσο περιλαμβάνουν σαν κύριο χαρακτηριστικό της, τις διαφορές μεταξύ ατόμων ή μεταξύ ομάδων. Στις διαφορές αυτές περιλαμβάνονται, διαφορές στο φύλο, την πνευματικότητα, τις βιολογικές / γενετικές καταβολές, την οικονομική κατάσταση και την ηθική, πολιτισμική και εθνική ταυτότητα. Σε πολλούς ορισμούς δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στη διευκρίνηση ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των ανθρώπων και ότι η αναγνώριση της ύπαρξής τους είναι επιτακτική ανάγκη ώστε να καταστεί εφικτό να εξασφαλιστούν ίσες ευκαιρίες για πρόοδο και ανάπτυξη όλων των ανθρώπων. Η ποικιλομορφία μπορεί να εκτείνεται από το βαθμό ελαφρών διαφορών όπως για παράδειγμα αυτές που παρατηρούνται ακόμα και μεταξύ μελών της ίδιας οικογένειας έως σημαντικές διαφορές, όπως αυτές που παρατηρούνται μεταξύ ανθρώπων με διαφορετικές εθνικές, πολιτισμικές,

θρησκευτικές ή γεωγραφικές καταβολές. Η διαφορετικότητα σε όλους τους τομείς επηρεάζει τις πρακτικές και τις αντιλήψεις των ατόμων για την υγεία (Cook, 2003)

Είναι αναγκαίο για έναν επαγγελματία υγείας παράλληλα με την ικανότητα να αναγνωρίζει την πολιτισμική διαφορετικότητα να γνωρίζει επίσης την ύπαρξη πιθανών βιολογικών διαφοροποιήσεων κατά την παροχή φροντίδας υγείας σε άτομα που προέρχονται από διαφορετικές εθνικές, κοινωνικές, πολιτισμικές ομάδες.

Η πολιτισμική ποικιλομορφία αποτελεί ένα ιδιαίτερα επίκαιρο και σημαντικό θέμα για όλους τους ανθρώπους γενικά άλλα και ένα ιδιαίτερα σημαντικό θέμα για τους επαγγελματίες υγείας ειδικότερα. Όλοι οι άνθρωποι παγκοσμίως έρχονται σε επαφή με άτομα προερχόμενα από διαφορετικές χώρες πολιτισμούς και θρησκείες. Σε κάποιες περιοχές και για λόγους που διαφέρουν κατά περίπτωση επιβάλλεται η συνύπαρξη διαφορετικών πολιτισμών μέσα στο ίδιο κράτος και εντός κοινών συνόρων γεγονός που συχνά οδηγεί ακόμα και σε πολεμικές συγκρούσεις. Αυτό είναι ιδιαίτερα προφανές σε περιοχές όπως η Ιρλανδία, το Ισραήλ, η Βοσνία, η Μέση ανατολή και οι Βαλτικές χώρες και στον πιο σύγχρονο πόλεμο κατά της τρομοκρατίας.

Καθώς οι πληθυσμοί ανά τον πλανήτη αλλάζουν και γίνονται όλο και πιο ανομοιογενείς, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να αντιμετωπίσουν μια νέα πρόκληση, την παροχή φροντίδας υγείας σε ανομοιογενείς πληθυσμούς με μεγάλη ποικιλομορφία και διαφοροποιήσεις στις ανάγκες για φροντίδα υγείας άλλα και στους τρόπους προσέγγισης και επικοινωνίας την ίδια στιγμή που οι ελλείψεις ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού ανά τον πλανήτη αποτελούν ένα ήδη σημαντικό πρόβλημα. Οι ασθενείς απαιτούν εξατομικευμένη και πολιτισμικά ευαίσθητη φροντίδα υγείας και η έρευνα έχει δείξει ότι φροντίδα υγείας χωρίς σεβασμό στη διαφορετικότητα των ατόμων στερείται ποιότητας και θετικών αποτελεσμάτων. (Cook, 2003)

Ο όρος **πολιτισμική διαφορετικότητα** χρησιμοποιείται για να περιγράψει και να προσδιορίσει το φαινόμενο της διαφορετικότητας ατόμων ή ομάδων που πηγάζει από διαφορές στην φυλή, την εθνικότητα, την καταγωγή, τη θρησκεία, την ηλικία, το φύλο, την ικανότητα ή την ανικανότητα, την κοινωνική και οικονομική κατάσταση, την εκπαίδευση και άλλους παράγοντες προσδιορισμού ομάδων ατόμων μέσα σε κάθε κοινωνικό σύνολο (Andrews & Boyle, 1999). Ασφαλώς, κάποιες συνήθειες στα πλαίσια

κάποιου πολιτισμικού περιβάλλοντος ευθύνονται για την συχνότητα κάποιων νοσημάτων. Για παράδειγμα, έρευνα που έγινε σε γυναικείο πληθυσμό της Υεμένης απέδειξε ότι τα παραδοσιακά μουσουλμανικά μακριά γυναικεία φορέματα αυξάνουν την συχνότητα της οστεομαλακίας, της φυματίωσης και της αναιμίας, επειδή ο οργανισμός δεν έρχεται καθόλου σε επαφή με το φως του ήλιου (Τούντας, 1999). Σε πολιτισμικά περιβάλλοντα που είναι ανεκτικά στην σεξουαλική ελευθεριότητα παρατηρείται αύξηση των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων και των εκτρώσεων με τις γνωστές δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία της γυναίκας (Leininger, 1991).

Η πολιτισμική διαφορετικότητα όπως έχει ήδη αναφερθεί έχει άμεσες και εμφανείς επιδράσεις στις σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές και κατά επέκταση στην υγεία των ατόμων. Η πολιτισμική διαφορετικότητα αποτελεί μια πρόκληση για τους νοσηλευτές καθώς θέτει πολλά εμπόδια στην παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας και στην επίτευξη των μέγιστων αποτελεσμάτων από αυτήν .

Οι βιολογικές διαφοροποιήσεις από την άλλη μεριά ορίζονται από τους Dossey. Keegan και Guzetta (2000) σαν εκείνες τις διαφορές που καθορίζονται βιολογικά και αναφέρονται:

Στο μέγεθος και τη δομή του σώματος, συμπεριλαμβανομένων και των διαφοροποιήσεων που παρατηρούνται στις οδοντοστοιχίες, τα χαρακτηριστικά του προσώπου και το χρώμα του δέρματος.

Σε αποκλίσεις και ανεπάρκειες που παρατηρούνται στο μεταβολισμό και την ενζυμική παραγωγή και συνεπάγονται αποκλίσεις σε αντιδράσεις, αλληλεπιδράσεις και ευαισθησίες που προκαλούνται από φάρμακα, χημικές ουσίες και τροφές (πχ δυσανεξία στη λακτόζη).

Υπάρχουν δηλαδή κάποια νοσήματα και καταστάσεις υγείας που σχετίζονται περισσότερο με τη φυλή και όχι με την εθνότητα ή την πολιτισμική ταυτότητα. Έτσι η ανεπάρκεια του ενζύμου της λακτάσης, που ευθύνεται για τη μη ανοχή στη λακτόζη, συναντιέται συχνότερα σε άτομα Λατινοαμερικάνικης, Κινεζικής ή Αφρικανικής καταγωγής, η δρεπανοκυτταρική αναιμία είναι συχνότερη σε ανθρώπους μεσογειακής και αφρικανικής καταγωγής και αυτό γιατί το δρεπανοειδές σχήμα του ερυθρού αιμοσφαιρίου χρησίμευσε ως αμυντικός παράγοντας ενάντια στην ελονοσία που

ενδημούσε στις περιοχές αυτές, η μεσογειακή αναιμία απαντάται σε άτομα της μεσογειακής, αφρικανικής και ασιατικής καταγωγής, η ουρική αρθρίτιδα συναντάται συχνότερα σε Πορτορικανούς και Φιλιπινέζους και η έλλειψη του ενζύμου G-6- PD που ευθύνεται για την καταστροφή των ερυθροκυττάρων του αίματος μετά την κατανάλωση κάποιων φαρμάκων, όπως είναι η ασπιρίνη, ή τροφών όπως τα κουκιά, πλήττει το 10% των Αφρικανοαμερικανών (Andrews & Boyle, 1999). Ο βιοπολιτισμός αποτελεί μια ακόμα έννοια η οποία αποδίδει τις διαφορετικές εκφράσεις και εκφάνσεις βιολογικών παραμέτρων όπως ο πόνος σε διαφορετικά φυσικά περιβάλλοντα ή σχετιζόμενες με τη φροντίδα δομές (Leininger, 2002). Οι άνθρωποι γεννιόμαστε μέσα σε ένα συγκεκριμένο βιοφυσικό περιβάλλον το οποίο επηρεάζει την υγεία και τους παράγοντες που διαδραματίζουν ρόλο στη διατήρηση της ή τη μη διατήρηση της. Το γενετικό υπόβαθρο, ο βιοπολιτισμός και οι φυσικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν στα διαφορετικά οικολογικά και πολιτισμικά περιβάλλοντα.

Μιλώντας για πολιτισμική διαφορετικότητα αναφερόμαστε όχι μόνο στις πολιτισμικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων εθνών αλλά και μεταξύ των διαφορών κοινωνικών υποομάδων εντός τους. Είναι αναγκαίο να μην πέσουμε στην παγίδα της γενίκευσης αλλά να είμαστε σε θέση να αναγνωρίζουμε τα διαφορετικά χαρακτηριστικά που υπάρχουν και εντός των διαφόρων πολιτισμών, άλλα και τα χαρακτηριστικά που είναι κοινά μεταξύ των ανθρώπων. Η Talabere (1996) διατυπώνει ότι ο όρος πολιτισμική διαφορετικότητα συνιστά ένα εθνοκεντρικό όρο καθώς επικεντρώνεται στο πόσο διαφορετικό είναι ένα άτομο από τον επαγγελματία υγείας, παρά το αντίστροφο και τονίζει ότι χρησιμοποιώντας τον όρο πολιτισμική διαφορετικότητα η λευκή πανεθνική ομάδα τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζεται σαν το μέτρο έναντι του οποίου όλοι οι υπόλοιποι συγκρίνονται και κρίνονται. Ο όρος «πολιτισμικά καθολικό ή παγκόσμιο» (Leininger, 2002) αναφέρεται σε κοινά στοιχεία που υπάρχουν μεταξύ των ανθρώπων και αποτελεί όρο εννοιολογικά αντίθετο από αυτόν της πολιτισμικής διαφορετικότητας. Είναι ένας μάλλον κατά επίφαση όρος αφού με την αναζήτηση των πολιτισμικών καθολικών χαρακτηριστικών οδηγούμαστε στην κατανόηση των ομοιοτήτων και των κοινών στοιχείων που υπάρχουν μεταξύ των διαφόρων πολιτισμών μάλλον, παρά στην ανακάλυψη παγκόσμιων και καθολικών πολιτισμικών χαρακτηριστικών (Andrew&Boyle, 1999)

Οι έννοιες της πολιτισμικής διαφορετικότητας / ποικιλομορφίας και της πολιτισμικής καθολικότητας αποτελούν το επίκεντρο της διαπολιτισμικής θεωρίας που διατυπώθηκε από τη Leininger ως «Θεωρία της Πολιτισμικής Διαφορετικότητας και Καθολικότητας της Νοσηλευτικής Φροντίδας» και στην οποία τονίζεται ότι στόχος της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής είναι η διαμόρφωση και η ανάπτυξη ενός επιστημονικού και ανθρωπιστικού σώματος γνώσης προκειμένου για την παροχή πολιτισμικά ειδικής και πολιτισμικά παγκόσμιας νοσηλευτικής φροντίδας. Ο όρος **πολιτισμικά ειδική** αναφέρεται σε συγκεκριμένες αξίες, πιστεύω και συμπεριφορές που τείνουν να είναι αποκλειστικά ή μοναδικά στοιχεία σε μια ομάδα ανθρώπων και να μην συναντώνται σε άλλες κουλτούρες. Ο όρος **πολιτισμικά παγκόσμιο** αναφέρεται σε συχνές, κοινές μεταξύ διάφορων πολιτισμών, αξίες, συμπεριφορές, τύπους συμπεριφοράς και τρόπους ζωής (Leininger, 2002) .

Μια παγίδα στην οποία πρέπει να αποφύγει να πέσει ένας επαγγελματίας υγείας είναι η γενίκευση και η χρήση στερεοτύπων για την αξιολόγηση και τον χαρακτηρισμό ασθενών / πελατών από συγκεκριμένες πολιτισμικές, κοινωνικές, θρησκευτικές ή εθνικές ομάδες. Ως στερεότυπα ορίζονται υπεραπλουστευμένες αντιλήψεις, πεποιθήσεις γνώμες και ιδέες σχετικά με χαρακτηριστικά συγκεκριμένων ατόμων ή ομάδων ανθρώπων (Purnell & Paulanka, 2003) .

Οι επαγγελματίες υγείας νοσηλευτές πρέπει να έχουν επίγνωση του γεγονότος ότι μέσα σε κάθε πολιτισμό ή σε κάθε εθνική ομάδα υπάρχουν υποομάδες και περαιτέρω διαφοροποιήσεις. Για παράδειγμα ο όρος ασιατικός πολιτισμός περιλαμβάνει τους πολιτισμούς Κινέζων, Ιαπώνων, Ταϊβανέζων, Φιλιπινέζων, Κορεατών και Βιετναμέζων. Σε κάθε έναν από τους πολιτισμούς αυτούς υπάρχουν υποπολιτισμοί (ελεύθερη μετάφραση του subcultures) που στηρίζονται σε διαφοροποιήσεις στη γεωγραφική τοποθεσία, τη θρησκεία, τη γλώσσα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, τις οικογενειακές δομές, το εκπαιδευτικό σύστημα και το βαθμό αφομοίωσης της παράδοσης ή του εκσυγχρονισμού.

Κάποιος θα μπορούσε να σκεφτεί, ότι η απόκτηση γενικής γνώσης για τους διάφορους πολιτισμούς αποτελεί την απάντηση στο πρόβλημα της πολιτισμικής ποικιλομορφίας

κατά την παροχή φροντίδας υγείας. Ωστόσο οι πολιτισμικές γενικεύσεις είναι σπανιότατα εφαρμόσιμες σε όλα τα άτομα μέσα σε έναν πολιτισμό (Dreher et al., 2002).

5.3. ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΤΗΤΑ

Η έννοια της διαπολιτισμικότητας δηλώνει το χαρακτηριστικό του συγκερασμού δύο πολιτισμών στο ίδιο το άτομο ή στο ίδιο σύνολο ατόμων. Ως έννοια εκπορεύεται από την απλοϊκή άποψη ότι ο πολιτισμός είναι το σύνολο των πνευματικών και υλικών προϊόντων που έχει να επιδείξει μια δεδομένη στιγμή ένα σύνολο ανθρώπων που ανήκει διαχρονικά και συγχρονικά σε ένα έθνος και ότι τα στοιχεία που συγκροτούν τον κάθε πολιτισμό δομούνται με διαφορετικό τρόπο, όπως για παράδειγμα τα στοιχεία που συγκροτούν μια γλώσσα. Με την έννοια αυτή η διαπολιτισμικότητα συνενώνει στην ίδια ατομική ή συλλογική συνείδηση μέρος ή το σύνολο των δομικών στοιχείων που συγκροτούν δύο διαφορετικούς πολιτισμούς (Foerch & Kasper, 1992).

Στα 1950 η Leininger επισήμανε πολιτισμικές διαφορές ανάμεσα σε νοσηλευτές και σε παιδιά με συναισθηματικές διαταραχές, που νοσηλεύονταν σε ένα ειδικό κέντρο (Reynolds & Leininger 1993; Leininger 1995). Η ίδια βίωσε πολιτισμικό σοκ, όταν συνειδητοποίησε ότι τα πρότυπα συμπεριφοράς, που παρουσίαζαν τα παιδιά, φαίνονταν να έχουν πολιτισμική αιτιολογική βάση. Διαπίστωσε ότι η έλλειψη γνώσεων για το πολιτισμικό περιβάλλον προέλευσης των ασθενών, αποτελούσε αιτιολογικό παράγοντα της αδυναμίας των νοσηλευτών, να κατανοήσουν τις ιδιαιτερότητες των ασθενών. Οι ιδιαιτερότητες αυτές καθόριζαν τον τρόπο, με τον οποίο έπρεπε να παρέχεται η φροντίδα, ώστε να προάγεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα (Leininger & McFarland 2002). Αυτή η κλινική εμπειρία την οδήγησε το 1954 να μελετήσει τις πολιτισμικές διαφορές σε σχέση με την φροντίδα (Reynolds & Leininger 1993, Leininger 1995).

Πολλοί καθηγητές είχαν φόβους σχετικά με τη διδασκαλία και την γενικότερη ενασχόληση με τις κουλτούρες, καθώς αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε διαξιφισμούς, σχετικούς με φυλετικές διακρίσεις. Κυρίως όμως, το εκπαιδευτικό προσωπικό των πανεπιστημίων δεν είχε το ανάλογο θεωρητικό υπόβαθρο στη Διαπολιτισμική

Νοσηλευτική, στην Ανθρωπολογία, ή σχετικά με την παροχή φροντίδας σε διαφορετικές κουλτούρες.

5.4.ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί η αναγκαιότητα ύπαρξης διαπολιτισμικού διαμεσολαβητή στα νοσοκομεία, δεδομένου ότι το προσωπικό αδυνατεί τις περισσότερες φορές να παρέχει ικανοποιητικές φροντίδες σε ασθενείς διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης που δεν μιλούν την επίσημη γλώσσα του κράτους. Ο "Πολιτισμικός διαμεσολαβητής" αρχίζει και κάνει την εμφάνισή του στην Ελλάδα (από μη κυβερνητικές οργανώσεις, κρατικές υπηρεσίες και κάποια δημόσια νοσοκομεία), ενώ έχει προ πολλού καθιερωθεί σε άλλες χώρες.

Επίσης οι γλωσσικές και πολιτισμικές ασυνεννοησίες δημιουργούν συγκρουσιακές καταστάσεις που το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό καθώς και η διοίκηση του νοσοκομείου δεν είναι σε θέση να διαχειρισθούν. Έρευνες εξάλλου έχουν καταγράψει ότι οι αλλοδαποί ασθενείς παραμένουν στο νοσοκομείο περισσότερο καιρό από ότι οι υπόλοιποι ασθενείς. Ο διαπολιτισμικός διαμεσολαβητής στοχεύει:

- ✓ Στην καλύτερευση της επικοινωνίας ανάμεσα στους αλλοδαπούς ασθενείς, στις οικογένειές τους και στους επαγγελματίες υγείας
- ✓ Στην ευαισθητοποίηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στη σπουδαιότητα του διαπολιτισμικού διαλόγου και στην καλλιέργεια υγιούς περιέργειας για την κουλτούρα του άλλου.
- ✓ Στη βοήθεια και στην αναγνώριση των κινδύνων ασυνεννοησίας και των παγίδων των στερεοτύπων και των προκαταλήψεων.
- ✓ Στην ενημέρωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά στα πολιτισμικά και θρησκευτικά χαρακτηριστικά των αλλοδαπών ασθενών.
- ✓ Στην ενημέρωση των αλλοδαπών ασθενών γύρω από θέματα υγείας στη χώρα υποδοχής

- ✓ Στη συνοδεία των ασθενών στις απαραίτητες διαδικασίες που συνεπάγεται η είσοδος στο νοσοκομείο.
- ✓ Στη συζήτηση και συμπαράσταση στον ασθενή.
- ✓ Στην πλήρη μετάφραση των μηνυμάτων από τους ιατρούς

Ο διαπολιτισμικός διαμεσολαβητής διαφυλάττει την αξιοπρέπεια του ασθενούς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ανεξάρτητα από την κοινωνική, πολιτισμική, φιλοσοφική και θρησκευτική προέλευση του. Επίσης προβλέπει πιθανές κρίσεις, που μπορεί να προέλθουν από παρεξηγήσεις σε περιπτώσεις αποτυχημένης επικοινωνίας, ενώ τέλος αναλαμβάνει την πρόσβαση του ασθενούς σε μια ολοκληρωμένη διαδικασία φροντίδας και πλήρους ενημέρωσης.

Όσον αφορά στους επαγγελματίες υγείας ο διαπολιτισμικός διαμεσολαβητής μειώνει τις εντάσεις και βοηθά στην αποφυγή στρεσογόνων καταστάσεων προερχόμενες από πολιτισμικές παρεξηγήσεις. Επίσης ενθαρρύνει το προσωπικό για επικοινωνιακή συμμετοχή σε πολυπολιτισμικά περιβάλλοντα.

Τέλος οι δραστηριότητες των διαπολιτισμικών διαμεσολαβητών που αφορούν τους ασθενείς συνοψίζονται στα κάτωθι:

Συνοδεύουν τον ασθενή που δε γνωρίζει τη γλώσσα

Βοηθούν την οικογένεια του ασθενούς

Αναλαμβάνουν τη μετάφραση των φυλλαδίων που απευθύνονται στους ασθενείς στις γλώσσες που ομιλούνται περισσότερο.

Καλούν διερμηνέα όταν χρειαστεί

Ενημερώνονται από τους ίδιους τους ασθενείς για την ομαλή ή όχι παραμονή τους στο νοσοκομείο.

Επεμβαίνουν σε συγκρούσεις που προέρχονται από επικοινωνιακά προβλήματα τα οποία οφείλονται στις διαφορετικές πολιτισμικές αναπαραστάσεις.

Οργανώνουν συνέδρια, σεμινάρια, επιμορφωτικές συναντήσεις, γράφουν άρθρα.

Βοηθούν τους εργαζομένους να προβληματιστούν γύρω από το ρόλο του θεράποντα και πως αυτός ο ρόλος γίνεται αντιληπτός σε σχέση με τις διαφορετικές κουλτούρες

Βοηθούν τους εργαζομένους να αναγνωρίσουν το πολιτισμικό τους πλαίσιο αναφοράς, σχετικά με τις έννοιες του θανάτου, της αρρώστιας, του πένθους, τους πόνου μέσα στη ζωή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Οι μετανάστες προσπαθούν να ζήσουν και να εργαστούν στην Ελλάδα, χωρίς κανένα είδος ασφάλισης, νόμιμους τίτλους ή κοινωνική και υγειονομική προστασία, μένοντας ακάλυπτοι σε οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας και έχοντας ταυτόχρονα να αντιμετωπίσουν την διαρκώς διευρυνόμενη δυσπιστία, επιφύλαξη και σε μερικές περιπτώσεις εχθρότητα της Ελληνικής κοινωνίας που για πρώτη φορά βρίσκεται αντιμέτωπη με τους «Ξένους», τους «Άλλους» (Γιατροί χωρίς σύνορα (1996).

Η δυνατότητα εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης, συμπεριλαμβανομένης και της εκμάθησης γλώσσας, καθώς και η πρόσβαση στην υγεία, την κοινωνική ασφάλιση και τη στέγαση, είναι όλα σημεία κρίσιμης σημασίας για τους μετανάστες και τις οικογένειές τους. Στον τομέα αυτό, οι δημόσιες αρχές σε όλα τα επίπεδα μπορούν να παίξουν έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο για να διασφαλίσουν τα θεμελιώδη δικαιώματα. (Βήχος, 2003)

Η πολιτεία αλλά και οι πολίτες οφείλουν να περιβάλλουν τους χιλιάδες πρόσφυγες και οικονομικούς μετανάστες που ζουν και εργάζονται στην Ελλάδα, με ιδιαίτερη αλληλεγγύη. Οι περισσότεροι από αυτούς ζουν σε συνθήκες φτώχειας (πολύ κάτω του μέσου Έλληνα), στριμωγμένοι σε παλιά σπίτια, δουλεύουν σε βαριές δουλειές, με σκληρά ωράρια και χωρίς ασφάλιση ή παραμένουν άνεργοι επί μεγάλο διάστημα και συχνά έχουν δυσκολία με τη γλώσσα, αλλά και με φαινόμενα ρατσισμού, είτε των αρχών, είτε του ντόπιου πληθυσμού. Το αποτέλεσμα είναι, ενώ οι ανάγκες τους για ιατρική φροντίδα είναι αυξημένες, η πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας είναι περιορισμένη.

Επιπλέον λόγω του δυσμενούς πλαισίου διαβίωσης, αλλά και του ξεριζωμού από τα πάτρια εδάφη τους και της απώλειας αγαπημένων ανθρώπων, αντιμετωπίζουν συχνά ψυχολογικά προβλήματα, αλκοολισμό και συνεπώς επιδείνωση της υγείας τους. Δεν θα πρέπει να παραβλέπουμε το γεγονός ότι η μετανάστευση αυτών των ανθρώπων δεν ήταν ελεύθερη επιλογή, αλλά η μοναδική διέξοδος επιβίωσης, κάτι που ο ελληνικός λαός το έζησε με το παραπάνω. Οι πρόσφυγες και οι οικονομικοί μετανάστες είναι πλέον ενεργό

κομμάτι της ελληνικής κοινωνίας και πέρα από τα εργασιακά και ασφαλιστικά τους δικαιώματα, η υγεία αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, και είναι ευθύνη της εκάστοτε κοινωνίας που τους υποδέχεται να τους διασφαλίσει την καθολική πρόσβαση σε ποιοτική φροντίδα υγείας, σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού και όχι σύμφωνα με την ικανότητά του να πληρώνει. (Γιατροί χωρίς σύνορα, 1996)

Οι νοσοκομειακοί γιατροί της ΑΡΣΙ έχουν ήδη διαμαρτυρηθεί και συνεχίζουν να διαμαρτύρονται για την συμπεριφορά της Ελληνικής Πολιτείας και των οργάνων της προς τους μετανάστες, τους πρόσφυγες, τους διωκόμενους και κατατρεγμένους.

Όσοι μετανάστες καταφέρνουν να φθάσουν στη χώρα μας, τις περισσότερες φορές, αντί για καλύτερη μοίρα, συναντούν την αδιαφορία της Πολιτείας, την έλλειψη Κέντρων Υποδοχής, την πείνα, το κρύο, γνωρίζουν την αγριότητα των δυνάμεων καταστολής, τις επιχειρήσεις «σκούπα», τη ρατσιστική συμπεριφορά με κάθε τρόπο. Ακόμη διαπιστώνουν τη μη αναγνώρισή τους ως προσφύγων, εμποδίζονται με κάθε τρόπο από την άσκηση του δικαιώματός τους για αίτηση και χορήγηση πολιτικού ασύλου, και γενικά αποκλείονται από κάθε είδους ενημέρωση για τα στοιχειωδέστερα των δικαιωμάτων τους, όπως κατοχυρώνονται από διεθνείς συνθήκες που εντούτοις έχει υπογράψει η χώρα μας. (ΑΡΣΙ, 2003)

Το κράτος όμως επιτρέπει την εισαγωγή μεταναστών ως φτηνού εργατικού δυναμικού για υπερεκμετάλλευση, ως σύγχρονων σκλάβων χωρίς δικαιώματα, και κατόπιν αδιαφορεί για την τύχη τους εγκαταλείποντας τη φροντίδα τους στον «εθελοντισμό» κάποιων πολιτών. Το εκάστοτε κράτος έχει την υποχρέωση να μεριμνήσει και για τις συνθήκες της εργασίας και της διαμονής των μεταναστών του, την εκπαίδευση των παιδιών τους κλπ.

Σύμφωνα με τις διεθνείς συνθήκες που έχει υπογράψει η χώρα μας, παραχωρείται η χορήγηση ασύλου σε όσους προέρχονται είτε από χώρες σε εμπόλεμη κατάσταση όπως το Αφγανιστάν, η Ινδία, ή το Πακιστάν, οι χώρες της Μέσης Ανατολής, χώρες σε εμπόλεμο όπως το Ιράκ, ή χώρες και περιοχές απομονωμένες από την διεθνή κοινότητα και τις διεθνείς σχέσεις. (Giorgo, 2002)

Η νομιμοποίηση των μεταναστών και η χορήγηση κάρτας εργασίας χωρίς τη σημερινή απαράδεκτη ταλαιπωρία τους είναι υποχρέωση της Ελληνικής Πολιτείας, όχι μόνο ως

κοινωνίας της αλληλεγγύης, αλλά τουλάχιστον ως οφειλόμενο χρέος απέναντι στους μετανάστες, οι οποίοι με την εργασία τους συμβάλλουν στην ουσιαστική αύξηση του ΑΕΠ της Ελλάδας, αφού το 1% από τα 4 % της αύξησης του ΑΕΠ οφείλεται στην εργασία των μεταναστών. Ένα μέρος τουλάχιστον, πχ. το μισό από αυτό το ποσό, που είναι προϊόν του μόχθου των μεταναστών, πρέπει να τους «επιστραφεί» με κάποιον τρόπο, να χρησιμοποιηθεί για την κάλυψη του κόστους της ένταξής τους, και την ικανοποίηση των δικαιωμάτων τους, όπως είναι η εγκατάσταση, η περίθαλψη και η ασφάλισή τους. (Κάθου Τζιλιβάκη, 2000)

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ένα σημαντικό πρόβλημα σχετικό με την περίθαλψη των αλλοδαπών από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Σύμφωνα με στοιχεία του 2002, το συνολικό κόστος νοσηλείας των ανασφάλιστων μεταναστών για χρονικό διάστημα τριών μηνών, το οποίο εκκρεμούσε στα νοσοκομεία ήταν της τάξης του 1.000.000€. Το κόστος αυτό επρόκειτο να ξεπεράσει τα 3.000.000€ για μια χρονική περίοδος ενός έτους. Η επιβάρυνση των νοσηλείων των μεταναστών στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων συνδέεται άμεσα και με το ζήτημα της κοινωνικής ασφάλισης. Από την ανάλυση του συγκεκριμένου στοιχείου, διαφάνηκε ότι το 53% των νοσηλευθέντων μεταναστών ήταν ανασφάλιστοι, γεγονός που εξηγεί το υψηλό κόστος που παραμένει σε εκκρεμότητα στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (Γαϊτανίδου, 2002).

Στις 13 Ιουλίου 2003, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων, εξέδωσε μία απόφαση με την οποία σκληραίνει τους νόμους που αφορούν την ιατρική περίθαλψη αλλοδαπών.

Με βάση την παραπάνω απόφαση, τα κρατικά νοσοκομεία πρέπει να αρνούνται να προσφέρουν ιατρική περίθαλψη, με εξαίρεση την περίθαλψη για επείγοντα περιστατικά, σε λαθρομετανάστες στην Ελλάδα. Οι υπέρμαχοι των ανθρωπίνων δικαιωμάτων χαρακτήρισαν αυτήν την κίνηση ως άλλη μία «σκληρή» και «ρατσιστική» μεταναστευτική πολιτική της κυβέρνησης. Υποστηρίζουν ότι μια τέτοια τακτική επιβαρύνει πολύ τις εκατοντάδες χιλιάδες λαθρομεταναστών, μεταξύ των οποίων ολόκληρες οικογένειες με μικρά παιδιά. (Τζιλιβάκη, 2000)

Ο πρώην Υπουργός Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων, Αλέκος Παπαδόπουλος, δικαιολόγησε την απόφαση του Υπουργείου του στη βάση ότι η ιατρική περίθαλψη των

λαθρομεταναστών κοστίζει στο κράτος δισεκατομμύρια δραχμές κάθε χρόνο. Είπε, επίσης, ότι θα υποβάλει πρόταση στην Ε.Ε. για κοινή νομοθεσία, ώστε να προστατευτεί κάθε Κράτος-Μέλος από αυτήν την «εκμετάλλευση».

Σύμφωνα με την προαναφερθείσα εγκύκλιο, οι γιατροί στα κρατικά νοσοκομεία πρέπει να αρνούνται κάθε υγειονομική μέριμνα, εκτός εκτάκτων περιστατικών, και να αναφέρουν το γεγονός στην αστυνομία όταν κάποιος λαθρομετανάστης ζητά οποιουδήποτε είδους ιατρική φροντίδα. Μια τέτοια πολιτική, προειδοποιούν οι υπέρμαχοι των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, θα αποθαρρύνει τους λαθρομετανάστες από το να ζητήσουν οποιαδήποτε ιατρική φροντίδα, λόγω του φόβου ότι οι γιατροί θα τους αποκρούσουν ή θα τους καταδώσουν στην αστυνομία. Όσοι είναι άρρωστοι θα αγνοήσουν τα συμπτώματα μέχρι να είναι πολύ αργά, ενώ σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να αποτελέσουν και κίνδυνο για τη δημόσια υγεία. (Γιατροί χωρίς σύνορα, 1996)

Είναι αβέβαιο, ωστόσο, το αν οι γιατροί στα κρατικά νοσοκομεία θα τηρήσουν αυτήν τη νέα πολιτική. Σε συνέντευξή του στην αγγλόφωνη ημερήσια εφημερίδα Athens News (29 Ιουλίου 2000), ο πρόεδρος της Ένωσης Ιατρών Νοσοκομείων Αθηνών και Πειραιώς (ΕΙΝΑΠ) Στάθης Τσούκαλος χαρακτήρισε ως «απάνθρωπη» την απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων και είπε ότι είναι απίθανο να αρνηθούν ποτέ οι γιατροί να περιθάλλουν μετανάστες με βάση το καθεστώς παράνομης διαμονής τους, ή και να αναφέρουν στην αστυνομία αυτές τις περιπτώσεις.

Η εγκύκλιος αυτή ξεκίνησε από ορισμένα, περιορισμένα πάντως, γεγονότα εκμετάλλευσης της υποδομής των νοσοκομείων από ασυνείδητους γιατρούς, οπού κανείς δεν πλήρωνε στο νοσοκομείο, αλλά εκείνοι εισέπρατταν από τους αλλοδαπούς ασθενείς.

Η εγκύκλιος διαιρεί τους αλλοδαπούς που βρίσκονται στην Ελλάδα σε νόμιμους και μη νόμιμους. Στους νόμιμους επιτρέπει την περίθαλψη και για «τακτικά περιστατικά» αν πληρώσουν και μάλιστα με προκαταβολή 50% του «εκτιμώμενου κόστους». Στους μη νόμιμους όμως δεν δίνει αυτήν τη δυνατότητα. Αντίθετα, υποχρεώνει τα νοσοκομεία να καλούν την αστυνομία. Η δημόσια υγεία δεν στηρίζεται στην αστυνόμευση. Στηρίζεται πρωτίστως στην περίθαλψη. Έως τώρα, το χαλαρό σύστημα ανοχής, που επέτρεπε την περίθαλψη των μεταναστών, αποδείχθηκε ιδιαίτερα σημαντικό. (Νανούρης Δ., 2003)

Σύμφωνα με έρευνα της Κοινωνικής Υπηρεσίας Προσφύγων και του Ελληνικού Συμβουλίου για τους Πρόσφυγες το 13% των εξυπηρετούμενων στα ιατρικά – νοσηλευτικά κέντρα παρουσιάζει κάποια σοβαρά ή χρόνια προβλήματα υγείας (προβλήματα σπονδυλικής στήλης, καρδιοπάθειες, ψυχολογικά προβλήματα, δερματοπάθειες, άσθμα και αρθρίτιδα, φυματίωση κ.α.). Οι πρόσφυγες που βρίσκονται στην Ελλάδα, έχουν δικαίωμα χρήσης των υγειονομικών υπηρεσιών, που παρέχονται μέσω των Κέντρων Υγείας και των Νοσοκομείων, μόνο εφόσον διαθέτουν δελτίο ταυτότητας πρόσφυγα ή δελτίο αιτήσαντος άσυλο αλλοδαπού ή ειδικό δελτίο παραμονής αλλοδαπού για ανθρωπιστικούς λόγους. Σε αντίθετη περίπτωση μπορούν να απευθύνονται στα πολυιατρεία των μη κυβερνητικών οργανώσεων «Γιατροί του Κόσμου» και «Γιατροί χωρίς Σύνορα», στα οποία εθελοντές ιατροί και νοσηλευτές παρέχουν φροντίδα υγείας (Πατηράκη&Καλοκαιρινού, 2000).

Οι ανισότητες της υγείας που παρατηρούνται ανάμεσα στις διαφορετικές κοινωνικές και οικονομικές ομάδες του πληθυσμού, σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, ήταν το θέμα της Ευρωπαϊκής Συνάντησης Ειδικών σε θέματα προαγωγής της υγείας, που οργανώθηκε στην Αθήνα. Η συνάντηση οργανώθηκε στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων του Ευρωπαϊκού Δικτύου Φορέων Προαγωγής Υγείας (ENHPA), όπου την Ελλάδα εκπροσωπεί το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής. (3ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ και ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, 2000)

Οι μετανάστες τις περισσότερες φορές ανήκουν στα χαμηλά κοινωνικά και οικονομικά στρώματα και έτσι ένα μέρος της κακής τους υγείας πρέπει να εξηγείται σύμφωνα με τις παραπάνω θεωρίες που παρουσιάστηκαν αναλυτικά στην παρούσα εργασία.

Σύμφωνα με τον Τσιγκρή, σε μελέτη που έγινε στην Ολλανδία, ότι παιδιά μεταναστών (κυρίως Μαροκινών και Τούρκων) είχαν χειρότερη υγεία απ' ότι τα παιδιά των Ολλανδών. Οι πρόσφυγες, κυρίως από το Ιράν και την Τουρκία, σε ποσοστό 78% ανέφεραν προβλήματα σωματικής υγείας, 90% είχαν ψυχολογικά προβλήματα και 97% είχαν κοινωνικά προβλήματα προσαρμογής. Επίσης, στη Σουηδία βρέθηκε ότι οι Λατινοαμερικανοί πρόσφυγες και οι Νοτιοευρωπαίοι και Φιλανδοί εργάτες ανέφεραν σε μεγαλύτερη συχνότητα ότι υποφέρουν από κάποια νόσο. (Τσιγκρής Α.Α., 2004)

Οι πρόσφυγες που είχαν υποστεί βασανιστήρια στη χώρα τους είχαν πιο πολλά προβλήματα απ' ό,τι οι πρόσφυγες που δεν είχαν βασανιστεί.

Θα πρέπει να αναπτυχθεί ένα Σχέδιο Δράσης, έτσι ώστε οι δραστηριότητες για την αντιμετώπιση του προβλήματος των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία να εστιαστούν κατάλληλα, να αποφεύγονται οι επαναλήψεις και τα κράτη-μέλη να μπορούν να γίνονται κοινωνοί των διαφόρων εμπειριών καλής πρακτικής.

Οι δε στόχοι των διαφόρων παρεμβάσεων πρέπει να αφορούν διάφορα θέματα, όπως την ποιότητα της ζωής, την ψυχοκοινωνική υγεία, τη βελτίωση των γνώσεων, την ανάπτυξη του ατόμου και της κοινότητας, την ανάπτυξη υποδομών, καθώς και την συνεργασία σε διάφορους τομείς. Τέλος, θα πρέπει να ενισχυθούν και να υποστηριχθούν οι συνεργασίες ανάμεσα σε ειδικούς της υγείας και άλλους επαγγελματίες, υπηρεσίες και δομές, όπως η κοινωνική πρόνοια.

Δεδομένου ότι η Ελλάδα οφείλει να μεταχειρίζεται τους μετανάστες όπως μεταχειρίζεται και τους δικούς της πολίτες πρέπει να παρέχεται δωρεάν ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη σε ανασφάλιστους και άπορους αναγνωρισμένους πρόσφυγες, αιτητές που θα αναγνωριστούν ως πρόσφυγες και ανθρώπους των οποίων η μακρά διαμονή οφείλεται σε ανθρωπιστικούς λόγους (ιατρικές, παρακλινικές εξετάσεις, συνταγογράφηση φαρμάκων, νοσοκομειακή περίθαλψη, όλα με περιορισμένους όρους). Το μόνο που θα πρέπει να κάνουν οι νοσηλευόμενοι είναι να παρουσιάζουν επίσημα έγγραφα που αποδεικνύουν ότι ανήκουν σε μια από τις παραπάνω κατηγορίες.

6.1.ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ-ΦΟΡΕΙΣ

Παρά τη νομιμοποίηση μεγάλου αριθμού οικονομικών μεταναστών, εντούτοις εξακολουθούν να υπάρχουν πολλοί παράνομα διαμένοντες αλλοδαποί και οικονομικοί μετανάστες. Σχετικά με την κοινωνική ασφάλιση των αλλοδαπών *οικονομικών μεταναστών* μη νόμιμων τόσο στον προηγούμενο νόμο (1975/91, άρθρου 31, παρ. 2) όσο και στον νεότερο (2910/2001, άρθρο 51, παρ. 1) υπάρχει διάταξη σύμφωνα με την οποία *«τα νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου υποχρεούνται να μη δέχονται για εξέταση αίτημα αλλοδαπού που βρίσκεται στο ελληνικό έδαφος αν δεν είναι κάτοχος άδειας παραμονής ή δεν έχει*

θεώρηση εισόδου ή γενικά δεν αποδεικνύει ότι παραμένει νόμιμα στην Ελλάδα. Εξαιρούνται τα νοσοκομεία, τα θεραπευτήρια και οι κλινικές στις περιπτώσεις που οι αλλοδαποί εισάγονται εκτάκτως για νοσηλεία». Ο νεότερος νόμος συμπληρώνει την παραπάνω διάταξη προβλέποντας ότι εξαιρούνται και τα ανήλικα παιδιά. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην υπάρχει δυνατότητα παροχής ιατροφαρμακευτικής στήριξης καθώς και μη ικανοποίηση οποιουδήποτε θέματος μετανάστη αλλοδαπού, που δεν διαμένει νόμιμα στη χώρα μας.

Όπως γίνεται φανερό, οι *αλλοδαποί που ευρίσκονται παράνομα στη χώρα* μας, στερούνται ασφαλιστικών δικαιωμάτων και δεν γίνονται δεκτοί στα νοσοκομεία, θεραπευτήρια και κλινικές. Επιπλέον, προβλέπεται ότι οι διευθυντές των κλινικών και θεραπευτηρίων υποχρεούνται να ενημερώνουν την αστυνομική υπηρεσία ή την υπηρεσία αλλοδαπών και μετανάστευσης για την άφιξη και αναχώρηση αλλοδαπών, που νοσηλεύονται στα ιδρύματα αυτά (Ν. 2910 άρθρο 54).

Καθεστώς παραμονής	Πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας
Μετανάστες με τα απαραίτητα χαρτιά (νόμιμα διαμένοντες)	Κάθε αλλοδαπός ο οποίος διατηρεί άδεια παραμονής σε ισχύ απολαμβάνει πρόσβαση στο ΕΣΥ με τα ίδια δικαιώματα όπως οι Έλληνες πολίτες. Κατ'επέκταση οι «νόμιμοι» μετανάστες που είναι ασφαλισμένοι και διαθέτουν το βιβλιάριο υγείας που εκδίδει ο ασφαλιστικός τους φορέας μπορούν να απολαμβάνουν τις υπηρεσίες του ΕΣΥ δωρεάν ή καλύπτοντας τμήμα του κόστους. Δεν έχουν, όμως, τη δυνατότητα έκδοσης βιβλιαρίου απορίας, όπως οι Έλληνες, οι παλιννοστούντες και οι ομογενείς που είναι ανασφάλιστοι και αποδεικνύουν χαμηλό εισόδημα.
Μετανάστες «χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα»	Σύμφωνα με το νόμο (Άρθρο 84/Ν.3386/2005) οι άτυποι μετανάστες δεν έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας με εξαίρεση τις περιπτώσεις επείγοντος περιστατικού και μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους (εξαιρούνται οι ανήλικοι). Η μόνη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας που δικαιολογείται από το νόμο είναι επομένως η περίθαλψη στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων.

6.2.ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ

Η Ελλάδα, ακολουθώντας την πορεία των αναπτυγμένων χωρών, πέτυχε σημαντική πρόοδο στον έλεγχο και περιορισμό πολλών λοιμωδών νοσημάτων, μέσω μαζικών εμβολιασμών και συνεχών βελτιώσεων στη διατροφή και στις συνθήκες υγιεινής και διαβίωσης. Παραδείγματα αποτελούν η εκρίζωση της ευλογιάς, της διφθερίτιδας, της πολιομυελίτιδας του τετάνου και ο περιορισμός της φυματίωσης.

Παράλληλα, όμως, «παλαιά» λοιμώδη νοσήματα ξαναέρχονται στο προσκήνιο, για παράδειγμα η πολιομυελίτιδα με την είσοδο ανεμβολίαστων οικονομικών μεταναστών και προσφύγων και ο άνθρακας με την υποτιθέμενη απειλή βιολογικού πολέμου και συγχρόνως προβληματίζουν νεοεμφανιζόμενα νοσήματα, όπως το AIDS και η σπογγώδης εγκεφαλοπάθεια. Λόγω των παραπάνω ιδιαιτεροτήτων τίποτα δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένο στην εκτέλεση των προγραμμάτων πρόληψης, αλλά να διαμορφώνονται δυναμικά ανάλογα με τις περιστάσεις. Παράδειγμα αποτελεί η διοργάνωση του πανελλήνιου αγώνα ενάντια στην πολιομυελίτιδα το 1999. Στα επόμενα κεφάλαια θα δούμε τη δομή του εθνικού συστήματος υγείας τη λειτουργία του και τις οργανωσιακές τους προεκτάσεις (**Κουσνέρ (1996)**

Οι άνθρωποι οι οποίοι επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας, αγγίζουν το 82%. Κατάγονται στη πλειοψηφία τους από χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, ακολούθως από την Αλβανία και λιγότεροι από άλλες βαλκανικές χώρες

Τα άτομα αυτά αισθάνονται κατά κάποιον τρόπο ότι είναι εκτός του συστήματος υγείας, αν όχι αποκλεισμένοι.

Αρκετά μεγάλο πρόβλημα έχουν οι παλινοστούντες, οι οποίοι είναι άτομα που προσέρχονται σε μεγάλο ποσοστό άνδρες και γυναίκες και αντιμετωπίζουν προβλήματα που έχουν να κάνουν κυρίως με αγχώδεις διαταραχές και κατάθλιψη.

Οι λόγοι οφείλονται κυρίως στους παρακάτω παράγοντες:

Διαδικασία της μετανάστευσης,

Δυσκολία προσαρμογής σε ξένο περιβάλλον,

προσπάθεια διαχείρισης της γραφειοκρατίας

ελλειμματική παροχή κοινωνικών υπηρεσιών

Όλα τα προαναφερθέντα είναι ίσως τα μεγαλύτερα προβλήματα και παράγοντες που συντελούν στην αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τη συγκεκριμένη μερίδα πληθυσμού.

Μέσα από μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί για το θέμα της μετανάστευσης και τις επισκέψεις των μεταναστών στους χώρους υγείας, προκύπτει ότι οι μετανάστες και οι πρόσφυγες είναι η πληθυσμιακή ομάδα των ανθρώπων που, εξαιτίας των εγγενών προβλημάτων που αντιμετωπίζει, είναι ιδιαίτερα ευάλωτη στην εκδήλωση ψυχικών διαταραχών. Στην χώρα μας στην πλειονότητά τους οι μετανάστες είναι παλινοστούντες, ακολούθως άνθρωποι που διαθέτουν κάποιο στοιχείο ελληνικής καταγωγής αλλά και οικονομικοί μετανάστες. Τα κυριότερα και σημαντικότερα προβλήματα που προκύπτουν όταν οι άνθρωποι αυτοί προσέρχονται στο ιατρείο είναι η αδυναμία επικοινωνίας, διότι δεν γνωρίζουν τη γλώσσα και πολλές φορές βοηθάνε οι συγγενείς που τους συνοδεύουν. (Μπούκα (2008)

Σε ότι έχει να κάνει με την πρόσβαση σε θέματα υγείας, υπάρχουν διάφορες κατηγορίες ατόμων. Θεωρητικά μπορεί να υπάρχει δικαίωμα πρόσβασης στην ιατρική κάλυψη των ευπαθών κοινωνικών ομάδων - στην πράξη όμως είναι μικρή σε ποσοστό η κάλυψη. Στην χώρα μας, σύμφωνα με τα στοιχεία, τα δικαιώματα είναι τα πιο περιορισμένα και στην πραγματικότητα τα λιγότερο προσβάσιμα.

Οι συνηθέστερες δυσκολίες πρόσβαση και στην συνέχιση της περίθαλψης, αφορούν κυρίως στην άγνοια των δικαιωμάτων τους, στην άγνοια των κέντρων νοσηλείας στα οποία πρέπει να απευθυνθούν, στο κόστος των θεραπειών, στις διοικητικές δυσκολίες, καθώς και στη διάκριση και τα πολιτισμικά ή γλωσσικά εμπόδια. (Ζαχάρης ,(2008)

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

ΟΙ ΣΥΝΗΘΕΣΤΕΡΟΙ ΛΟΓΟΙ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΙΝΑΙ :

- Οι οξείες ιατρικές περιπτώσεις οι οποίες περιθάλπονται αλλά η θεραπεία για τις χρόνιες ασθένειες εξαρτάται από την καλή θέληση των γιατρών που δεν έχουν ξεκάθαρη εικόνα ως προς το βαθμό που μπορούν να βοηθήσουν τους μετανάστες.
- περιπτώσεις φυματίωσης και χρόνιων παθήσεων/ λοιμώξεων.
- μεταδοτικές ασθένειες, δερματικές παθήσεις (ψώρα) ή λοιμώξεις.

ΚΥΡΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΚΑΙ ΙΑΤΡΩΝ, ΑΠΟΤΕΛΕΙ :

- Η απουσία μεταφραστή στα κέντρα υγείας δυσχεραίνει την αποτελεσματική χρήση των προσφερόμενων ιατρικών υπηρεσιών, εμποδίζει την πρόσβαση σε εξαιρετικά σημαντικές για τον πληθυσμό πληροφορίες, όπως η διαδικασία ασύλου και το λεπτομερές νομικό καθεστώς.
- Η απουσία επαγγελματία ψυχικής υγείας καθιστά μη εφικτή την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και τη διερεύνηση καταστάσεων που χρήζουν περαιτέρω βοήθειας. Η προσφορά ψυχολογικής αρωγής είναι ιδιαίτερα σημαντική για ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (όπως παιδιά, έγκυοι, μετανάστες, θύματα βίας/ μεταχείρισης)- ειδικά υπό τις αγχώδεις συνθήκες ενός κέντρου κράτησης. (Medecins Sans Frontiers Γιατροί Χωρίς Σύνορα (2008)

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για τους μετανάστες και τις ασθένειες που παρουσιάζουν συχνότερα. Οι πιο πολλές από τις έρευνες αναφέρονται σε λοιμώδη νοσήματα όπως της ηπατίτιδας, της φυματίωσης και της HIV λοίμωξης στον πληθυσμό των μεταναστών.

Σύμφωνα με τους (Kanavaki κ.α., 2005) το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενειών είναι αυτό της φυματίωσης.

Σύμφωνα με τους Pantazis κ.α. (2008) με τη βοήθεια των προληπτικών μέτρων και τα μέσα ενημέρωσης, το ποσοστό της ηπατίτιδας Β μειώνεται σημαντικά.

Οι Γιατροί του Κόσμου και η PRAKSIS εργάζονται σε πολυϊατρεία στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, προσφέρουν ιατρικές υπηρεσίες, φάρμακα και συμβουλευτική για θέματα πρόνοιας και ένταξης, κυρίως σε μετανάστες «χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα» και αιτούντες άσυλο οι οποίοι τελούν υπό καθεστώς απέλασης.

Ένας ακόμα λόγος προσέλευσης των μεταναστών στα κέντρα υγείας, είναι τα εργατικά ατυχήματα τα οποία έρχονται πρώτα στη λίστα των κύριων θυμάτων. Η συχνότητα των ατυχημάτων σε αλλοδαπούς εργαζόμενους (καταγωγής εκτός Ε.Ε.) είναι μεγάλη την πρώτη θέση κατέχουν οι αλλοδαποί, με 50% περίπου αυξημένη πιθανότητα ατυχήματος (Fakiolas (2003).

6.3. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΣΧΕΤΙΚΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ

Οι μετανάστες που έχουν ασφαλιστική κάλυψη έχουν τα ίδια δικαιώματα στις υπηρεσίες υγείας με τους Έλληνες πολίτες.

Επιπλέον, ο νόμος (Υ.Α. 139491/2006) προβλέπει δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για τους νόμιμους και μόνιμους μετανάστες που είναι ανασφάλιστοι και οικονομικά αδύνατοι με την επίδειξη των ακόλουθων πιστοποιητικών:

Βιβλιαρίου ανασφάλιστου, το οποίο χορηγείται στους

1. πολίτες των χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης,
2. ομογενείς, που κατέχουν το ειδικό δελτίο ταυτότητας ομογενούς και
3. πολίτες των χωρών που έχουν κυρώσει την *Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Κοινωνική και Ιατρική Αντίληψη*. Στις χώρες αυτές περιλαμβάνονται οι χώρες μέλη της Ε.Ε. καθώς και η Ισλανδία, Νορβηγία και η Τουρκία.

Πιστοποιητικού Κοινωνικής προστασίας, το οποίο χορηγείται εφόσον υπάρχει αποδεδειγμένο πρόβλημα υγείας

1. στους πολίτες των χωρών που έχουν κυρώσει τον *Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη*. Στις χώρες αυτές περιλαμβάνονται οι χώρες μέλη της Ε.Ε. καθώς και η Κροατία, Ισλανδία, Νορβηγία, Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας και η Τουρκία
2. στους αλλογενείς συζύγους Ελλήνων, στους συζύγους ομογενών και στους συζύγους πολιτών χώρας μέλους της Ε.Ε. καθώς και στα παιδιά τους (ΥΑ 139491/2006 περ. 4Αγ και 4Αδ)
3. στους κατόχους άδειας διαμονής για ανθρωπιστικούς λόγους (α.44 παρ.1 Ν.3386/2005 και ΥΑ 48566/2005 και 139491/2006)
4. καθώς και στους ομογενείς που διαθέτουν βεβαίωση κατάθεσης των δικαιολογητικών για την απόκτηση του Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς ή για την απόκτηση της Ελληνικής ιθαγένειας.

Οι μετανάστες που δε διαθέτουν νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής δικαιούνται περίθαλψη σε νοσοκομείο μόνο για έκτακτα περιστατικά και μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους (α.84 παρ.1 εδ.α΄ Ν.3386/2005). Σημαντικό, ωστόσο, θεωρείται το

γεγονός πως πλέον τα νοσοκομεία δεν υποχρεούνται να ενημερώνουν τις αστυνομικές αρχές για την προσέλευση μη νόμιμων μεταναστών στα επείγοντα περιστατικά (<http://www.ekka.org.gr>)

6.4. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΣΧΕΤΙΚΗ ΜΕ ΑΝΗΛΙΚΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

όλα τα ανήλικα παιδιά δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ανεξάρτητα από τον επείγοντα ή μη χαρακτήρα του περιστατικού, είτε διαθέτουν είτε όχι νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής (**α.84 παρ.1 εδ.ά Ν.3386/2005**).

Ο νόμος λαμβάνει πρόνοια και για ειδικότερες περιπτώσεις ατόμων που χρήζουν προστασίας, όπως τα θύματα παράνομης διακίνησης, τα θύματα νάρκης και όσους έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV/AIDS ή άλλα λοιμώδη νοσήματα.

Συγκεκριμένα, όσοι αλλοδαποί έχουν αναγνωριστεί ως **θύματα εμπορίας ανθρώπων (trafficking)**, σύμφωνα με τις διατάξεις 323, 323^A, 349, 351 και 351^A του Ποινικού Κώδικα και είναι ανασφάλιστοι, δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη για όσο χρόνο διαρκούν τα μέτρα προστασίας και αρωγής, με την επίδειξη σχετικής βεβαίωσης της οικείας Αστυνομικής Διεύθυνσης (Ν.3064/2002 και α.7 Π.Δ. 233/2003).

Όσοι αλλοδαποί είναι **θύματα νάρκης** ή είχαν **ατύχημα κατά την είσοδο τους στη χώρα**, το οποίο οδήγησε σε ακρωτηριασμό, δικαιούνται περίθαλψη, νοσηλεία και τοποθέτηση τεχνητών μελών (ΥΑ Π2α/Γ.Π. οικ. 10532).

Όλοι όσοι έχουν **μολυνθεί από τον ιό HIV/AIDS ή άλλα λοιμώδη νοσήματα** δικαιούνται δωρεάν θεραπευτική αγωγή, εφόσον στη χώρα προέλευσής τους δεν μπορεί να τους χορηγηθεί η αγωγή αυτή (α.11 παρ.8 εδ. ε' Ν.2955/2001)

Για τους **νόμιμους υπηκόους τρίτων χωρών** προβλέπεται, εξάλλου, και η χορήγηση των παρακάτω προνοιακών παροχών:

- Επίδομα οικονομικής ενίσχυσης απροστάτευτων παιδιών (Ν.4051/1960)
- Χρηματικές παροχές μητρότητας, αν η μητέρα είναι ανασφάλιστη ή δεν τις καλύπτει ο ασφαλιστικός της φορέας (Ν.1302/1982)
- Πρόσβαση σε υπηρεσίες Κοινωνικής Προστασίας, όπως σε παιδικούς σταθμούς, Παιδοπόλεις, Κέντρα Παιδικής Μέριμνας, Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», στεγαστική συνδρομή και κατασκηνώσεις του κρατικού προγράμματος λουτροθεραπείας ηλικιωμένων.

Για τους αναγνωρισμένους **Πολιτικούς Πρόσφυγες**, σύμφωνα με την Συνθήκη της Γενεύης, προβλέπεται οικονομική ενίσχυση και από τα Προνοιακά Προγράμματα για άτομα με αναπηρίες(<http://www.ekka.org.gr>)

6.5.ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΝΗΛΙΚΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ

«**Ασυνόδευτος ανήλικος**» είναι ο υπήκοος τρίτης χώρας ή ανιθαγενής, ηλικίας κάτω των 18 ετών, ο οποίος φθάνει στην Ελλάδα χωρίς να συνοδεύεται από ενήλικο υπεύθυνο για τη φροντίδα του, σύμφωνα με το νόμο ή το έθιμο που εφαρμόζεται στον τόπο προέλευσης, και για όσο χρόνο δεν έχει τεθεί υπό την ουσιαστική φροντίδα ενός τέτοιου προσώπου, ή ο ανήλικος που εγκαταλείπεται ασυνόδευτος μετά την είσοδό του στην Ελλάδα.

«**Κάθε παιδί δικαιούται να απολαμβάνει το καλύτερο δυνατό επίπεδο υγείας**»
(Άρθρο 24)

Τα Κράτη υιοθετούν κατάλληλα μέτρα για «να μειώσουν τη βρεφική και παιδική θνησιμότητα», να αναπτύξουν «**τη στοιχειώδη περίθαλψη**» και να ενημερώνουν «**τα παιδιά για θέματα υγείας και διατροφής**» (Άρθρο 24)

Η προστασία και η προαγωγή της υγείας των παιδιών προϋποθέτει την πρόσβαση τους στην ιατρο-φαρμακευτική περίθαλψη στο εθνικό σύστημα υγείας.

Τα παιδιά – πρόσφυγες δικαιούνται πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες της χώρας μας.

Κάθε παιδί με αναπηρία δικαιούται ειδικής φροντίδας ώστε να διάγει τη ζωή του με αξιοπρέπεια και να επιτυγχάνεται όσο το δυνατόν πληρέστερη κοινωνική και προσωπική ανάπτυξη (Άρθρο 23).

Το παιδί «θύμα βασανιστηρίων ή οποιασδήποτε μορφής σκληρής, απάνθρωπης ή εξευτελιστικής μεταχείρισης ή τιμωρίας ή ένοπλης σύρραξης» δικαιούται «σωματική και ψυχολογική ανάρρωση και κοινωνική επανένταξη» (Άρθρο 39)

Σύμφωνα με τις **Κατευθυντήριες Οδηγίες της Ύπατης Αρμοστείας του Ο.Η.Ε και του Συνηγόρου του Πολίτη**, «τα ασυνόδευτα ανήλικα, πρέπει να υποβάλλονται σε προληπτική ιατρική εξέταση κατά την άφιξη τους στη χώρα, προκειμένου να υπάρχει έγκαιρη διάγνωση τυχόν ασθενειών και κατόπιν να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας της υγείας σε ισότιμη βάση με τα παιδιά πολίτες της Ελλάδας. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να αποδίδεται στις ανάγκες της υγείας τους που οφείλονται στις προηγούμενες σωματικές στερήσεις και στην κακομεταχείριση, στις αναπηρίες και στις ψυχολογικές συνέπειες της βίας, των τραυματικών εμπειριών και της απώλειας, καθώς και στα αποτελέσματα του ρατσισμού και της ξеноφοβίας που μπορεί να βιώνουν στην εξορία. Για πολλά ασυνόδευτα παιδιά η πρόσβαση σε συμβουλευτικές υπηρεσίες είναι ζωτικής σημασίας για την ανάρρωσή τους».

Σύμφωνα με έρευνα των Γαλανάκη κ.α. (1998) τη χρονική διάρκεια 2000-2005 η προσέλευση των περισσότερων παιδιών μεταναστών στα μεγάλα κέντρα υγείας, ήταν κυρίως για λόγους ηπατίτιδας Β αλλά και Β. μεσογειακή αναιμία.

Στον καταγεγραμμένο αριθμό αστέγων μεταναστών της Αττικής, έχουν καταγραφεί επίσημα ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά ασθενειών είναι αυτά της ηπατίτιδας Α, Β και C. (Δρίτσας κ.α (1996)

Πολύ συχνό είναι το φαινόμενο προσέλευσης παιδιών σε νοσοκομεία για χρήση ψυχιατρικών υπηρεσιών. (Αναγνωστόπουλος κά (1994)

Σύμφωνα με τους Αναγνωστόπουλος κά (1994) διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά μεταναστών έλαβαν ψυχοκοινωνική διάγνωση σε αντίθεση με το 49% των γηγενών. Διαπιστώθηκε από την έρευνα ότι οι οικογένειες μεταναστών δεν αναζητούσαν έγκαιρα βοήθεια σε σύγκριση με τους γηγενείς

Σε αλλοδαπούς που δεν βρίσκονται νόμιμα στην χώρα και δεν έχουν διαβατήριο ή άλλο ταξιδιωτικό έγγραφο που αναγνωρίζεται από διεθνείς συμβάσεις, θεώρηση εισόδου ή άδεια διαμονής, δεν επιτρέπεται να προσφερθεί οποιαδήποτε υπηρεσία από φορείς του δημοσίου και του ευρύτερου δημόσιου τομέα. Εξαιρούνται τα νοσοκομεία, θεραπευτήρια και κλινικές, όταν πρόκειται για ανήλικα παιδιά και για αλλοδαπούς που εισάγονται εκτάκτως για νοσηλεία (Άρθρο 84/Ν.3386/2005). (<http://www.ekka.org.gr>)

ΜΕΡΟΣ Β΄: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σκοπός της έρευνας είναι να περιγράψουμε τα χαρακτηριστικά της χρήσης των υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου από τους ανήλικους μετανάστες και τις συνηθέστερες ασθένειες που εμφανίζουν. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η μελέτη άλλων στοιχείων σε σχέση με την χρήση, όπως ο ασφαλιστικός φορέας των γονέων, μελετάει το φύλο των παιδιών, τα σωματομετρικά και νοητικά χαρακτηριστικά τους, το είδος των περιστατικών και της εισαγωγής των ασθενών, παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά που έχουν οι γονείς των παιδιών όπως τη γνώση της Ελληνικής γλώσσας και το χρόνο παραμονής τους στην Ελλάδα. Καταγράφεται το ιατρικό οικογενειακό ιστορικό.

Επίσης αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα δημιουργίας ανισοτήτων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας μεταξύ γηγενών και μεταναστών.

Όσον αφορά τη δική μας έρευνα , μπορούμε να διατυπώσουμε τα εξής ερωτήματα:

- Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των μεταναστών που νοσηλεύονται.
- Επικρατέστερες ασθένειες των ανήλικων μεταναστών που έχουν νοσηλευτεί στο Νοσοκομείο.
- Ανίχνευση πιθανών προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με τις ιδιαίτερες συνθήκες ζωής των παιδιών αυτών, καθώς και το γεγονός αυτό καθαυτό της μετανάστευσης και του στρες που αυτή προκαλεί στους γονείς (πχ ανίχνευση πιθανών προβλημάτων ενδοοικογενειακή βίας).

7.1 ΔΕΙΓΜΑ

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε ήταν περιγραφική και ποσοτική. Το πεδίο μελέτης της έρευνας είναι η Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Η συγκεκριμένη κλινική δέχεται ένα μεγάλο όγκο περιστατικών κάθε χρόνο (3000-3500 περιστατικά το χρόνο). Σύμφωνα με τα στοιχεία που διαθέταμε το 30% των ασθενών που νοσηλεύονταν είναι αλλοδαποί, αν και υπάρχουν κάποιες διακυμάνσεις από χρονιά σε χρονιά. Συλλέξαμε στοιχεία για τους ανήλικους νοσηλευόμενους μετανάστες από τους φακέλους ασθενών με τη βοήθεια των ειδικευόμενων γιατρών του νοσοκομείου, χρησιμοποιώντας ένα κωδικοποιημένο ερωτηματολόγιο. Επιπρόσθετα σε ένα κομμάτι του δείγματος των αλλοδαπών, οι απαντήσεις συμπληρώνονταν από τους ερευνητές, κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας με τους συμμετέχοντες, προσπαθώντας να έχουμε ολοκληρωμένα στοιχεία του κάθε ανήλικου μετανάστη μια και υπήρχαν αρκετά κενά στοιχεία στους φακέλους.

Ο συνολικός αριθμός των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων ανέρχεται στα 242. Χρησιμοποιήσαμε φακέλους των 2 τελευταίων ετών για την έρευνα. Για την πρόσβαση στα αρχεία ασθενών ζητήσαμε την άδεια του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μέσα από αίτηση που εστάλη.

Το δείγμα της έρευνας, όπως προαναφέραμε, ήταν οι ανήλικοι μετανάστες και οι γονείς τους. Οι ανήλικοι μετανάστες ήταν ηλικίας 1 μήνα έως και 14 ετών και έπρεπε να έχουν νοσηλευτεί στο νοσοκομείο. Επίσης μια σημαντική προϋπόθεση είναι οι ενήλικοι μετανάστες και τα παιδιά τους να είναι μόνιμοι κάτοικοι της Ελλάδας, νόμιμοι ή μη. Κατεγράφησαν τα κοινωνικο- δημογραφικά στοιχεία των μεταναστών και των παιδιών τους και τα χαρακτηριστικά νοσηλείας των παιδιών ασθενών. Οι τεχνικές που χρησιμοποιήσαμε για να συλλέξουμε στοιχεία ήταν η καταγραφή προσωπικών δεδομένων από τους φακέλους με τη βοήθεια συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, τηρώντας φυσικά το απόρρητο. Η χορήγηση του ερωτηματολογίου και η συλλογή δεδομένων διήρκεσε 8 μήνες, από τον Απρίλιο του 2009, μέχρι τον Ιανουάριο του 2010.

Για την ανάλυση των στοιχείων χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ερωτηματολογίου:.....

A/A

Κωδ.φακέλου ασθενούς:.....

Τηλέφωνο:

A. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:.....

2. ΗΛΙΚΙΑ (ακριβής ηλικία):

3. ΦΥΛΟ ΠΑΙΔΙΟΥ:

Αγόρι	1
Κορίτσι	2

4. ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ:

5. ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ:.....

6. ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (Να σημειωθεί και ο νομός):

7. ΠΟΣΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΙΝΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ;

Λιγότερο από 1 χρόνο	1
1-5 χρόνια	2
6-10 χρόνια	3
>10 χρόνια	4

8. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ (ολογράφως):

9. ΕΙΝΑΙ ΕΜΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ ΤΟΥ:

Πατέρα	1
Μητέρα	2

10. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Γονείς έγγαμοι	1
Γονείς διαζευγμένοι/χωρισμένοι	2
Ο ένας γονέας έχει πεθάνει	3
Άγαμος γονέας	4

11. ΜΕ ΠΟΙΑ ΑΤΟΜΑ ΔΙΑΜΕΝΕΙ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΣΠΙΤΙ:

Με τους δύο γονείς	1
Μόνο με τον πατέρα	2
Μόνο με την μητέρα	3
Με παππού/γιαγιά	4

12. ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΤΕΡΑ:

13. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:.....

14. ΗΛΙΚΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:.....

15. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:.....

16. Ο ΠΑΤΕΡΑΣ ΓΝΩΡΙΖΕΙ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ:

Καλά	1
Μέτρια	2
Ελάχιστα/Καθόλου	3

17. Η ΜΗΤΕΡΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ:

Καλά	1
Μέτρια	2
Ελάχιστα/Καθόλου	3

18. ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΓΝΩΡΙΖΕΙ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ;

Ναι	1
Όχι	2

19. ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΕΙ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ;

Ναι	1
Όχι	2

B. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

20. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: .../.../..... (ημέρα/μήνας/έτος)

21. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ: .../.../..... (ημέρα/μήνας/έτος)

22. ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ:.....

23. ΗΡΘΕ ΜΕ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ή Η ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΗΤΑΝ ΕΘΕΛΟΥΣΙΑ:

Παραπομπή	1
-----------	---

Εθελουσία προσέλευση 2

23α. Εάν 'παραπομπή', από πού έγινε η παραπομπή:

Ιδιωτικό ιατρείο	1
Κέντρο υγείας	2
Άλλο νοσοκομείο	3
Ποιο;.....	

24. Η ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΗΤΑΝ:

Τακτική	1
Έκτακτη	2

25. ΠΟΙΑ ΗΤΑΝ Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ:.....

26. ΟΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ ΗΤΑΝ :

Πλήρεις	1
Ελλιπείς	2

27. Η ΜΗΤΕΡΑ ΕΙΧΕ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ;

Ναι, πλήρη	1
Ναι, ατελή	2
Όχι, καμία	3

28. ΠΟΙΑ ΗΤΑΝ Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΙΣΟΔΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ (ολογράφως):

.....

29. ΤΟ ΝΟΣΗΜΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΕΙΝΑΙ ΟΞΥ ή ΧΡΟΝΙΟ:

Οξύ νόσημα	1
Χρόνιο νόσημα	2

30. ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ ΤΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΙΧΕ ΚΑΠΟΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ;

Ναι	1
Όχι	2

30α. Εάν 'ναι', που;.....

31. ΒΑΡΟΣ ΠΑΙΔΙΟΥ (σε κιλά):.....

32. ΥΨΟΣ ΠΑΙΔΙΟΥ (σε εκατοστά):.....

33. ΠΕΡΙΜΕΤΡΟΣ ΚΕΦΑΛΗΣ (σε εκατοστά):.....

34. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΑΙΔΙΟΥ:

Υποθρεψία	1
Παχυσαρκία	2
Κανονικό βάρος	3

35. Η ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΕΙΝΑΙ:

Φυσιολογική	1
Νοητική υστέρηση	2

36. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ;

Ναι	1
Όχι	2

36α. Εάν 'ναι', ποιά;.....

37. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ;

Ναι	1
Όχι	2

37α. Εάν 'ναι', ποιά;.....

38. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΞΟΔΟΥ:.....

39. ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ:.....

40. ΜΕΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟ ΠΑΓΝΗ ΠΑΡΑΠΕΜΦΘΗΚΕ ΚΑΠΟΥ ΑΛΛΟΥ;

Ναι	1
Όχι	2

40α. Εάν 'ναι', που;.....

41. ΕΑΝ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΗΚΕ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ, ΣΥΝΕΧΙΣΕ ΝΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ;

Ναι	1
Όχι	2

7.2. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Κατά τη διάρκεια της πραγματοποίησης της έρευνας συναντήσαμε διάφορες δυσκολίες τις οποίες προσπαθήσαμε να αντιμετωπίσουμε.

Μια πρώτη δυσκολία σχετικά με την έρευνα που στηρίζεται στα αρχεία ασθενών είναι τα ελλιπή στοιχεία στους φακέλους των ανήλικων κατά τη διάρκεια της καταγραφής του ερωτηματολογίου. Στην περίπτωση αυτή συμπληρώσαμε τις κενές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου μέσα από τηλεφωνική επικοινωνία που είχαμε με τους γονείς των ανήλικων μεταναστών, προκειμένου να έχουμε ένα ολοκληρωμένο ερωτηματολόγιο. Επιπλέον, πολλά από τα τηλέφωνα που είχαν δοθεί στο νοσοκομείο από τους γονείς των ανήλικων μεταναστών δεν ίσχυαν με αποτέλεσμα να μην μπορέσουμε απαντήσουμε στις ερωτήσεις που ήταν απαραίτητες. Τα ερωτηματολόγια από τα οποία καταφέραμε να ολοκληρώσουμε όλες τις απαντήσεις μέσω της τηλεφωνικής επικοινωνίας ανέρχονται στα 160 από το σύνολο των 242. Επίσης υπήρξαν περιστατικά στα οποία δεν μπορέσαμε να επικοινωνήσουμε γιατί οι γονείς δεν γνώριζαν καθόλου την ελληνική γλώσσα με αποτέλεσμα να μην μπορούμε να συνεννοηθούμε.

Ένα δεύτερο εμπόδιο το οποίο δυσκόλευε τη διαδικασία της έρευνας, ήταν η δυσκολία πρόσβασης των ειδικευόμενων γιατρών στο αρχείο του νοσοκομείου καθώς δεν είχαν τη δυνατότητα να συγκεντρώσουν μεγάλο αριθμό φακέλων. Έτσι η έρευνα διήρκησε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

7.3.ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Όπως αναφέραμε και προηγουμένως, η συλλογή των στοιχείων έγινε μέσα από την καταγραφή πληροφοριών από τα αρχεία του νοσοκομείου. Αυτό σημαίνει ότι διαχειριστήκαμε ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα που έχουν να κάνουν με θέματα υγείας, με την ασθένεια από την οποία πάσχει κάποιο παιδί, που σε μερικές περιπτώσεις είναι πολύ σοβαρή. Για αυτό το λόγο χρειάστηκε μεγάλη προσοχή, απόλυτη εχεμύθεια και τήρηση της ανωνυμίας, για όλους τους ασθενείς.

Άλλωστε ένα βασικό χαρακτηριστικό που διέπει έναν επαγγελματία κοινωνικό λειτουργό είναι η εχεμύθεια, η οποία θα τηρηθεί αναμφισβήτητα και στην περίπτωση των προσωπικών δεδομένων των ανήλικων μεταναστών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Πίνακας 1: Φύλο παιδιού

		N	%
Φύλο παιδιού	Αγόρι	116	48,3
	Κορίτσι	124	51,7

Έγκυρα 240 σε σύνολο 242

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 51,7% του δείγματος είναι κορίτσια και το υπόλοιπο 48,3% αγόρια.

Πίνακας 10: Ηλικία παιδιού

	N	Ελάχιστη	Μέγιστη	Μέση	Τυπική απόκλιση
Ηλικία παιδιού	241	,10	18,00	3,4817	4,07411

Έγκυρα 241 σε σύνολο 242

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι η μέση ηλικία του παιδιού είναι τα 3,48 έτη. Το μικρότερο είναι λίγων μηνών και το μεγαλύτερο είναι 18 ετών.

Πίνακας 2: Εθνικότητα

	N	%
Εθνικότητα		
ΑΛΒΑΝΙΚΗ	114	68,67%
ΒΟΥΛΓΑΡΙΚΗ	25	15,06%
ΡΟΥΜΑΝΙΚ	10	6,02%
Άλλη	17	10,24%

Έγκυρα 166 σε σύνολο 242

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 68,67% των παιδιών είναι Αλβανικής καταγωγής το 15,06% Βουλγαρικής, το 6,02% Ρουμανικής και το υπόλοιπο 10,24% έχει κάποια άλλη εθνικότητα.

Πίνακας 3: Τόπος γέννησης

	N	%
ΑΛΒΑΝΙΑ	23	13,45%
ΒΟΥΛΓΑΡΙ	12	7,02%
ΕΛΛΑΔΑ	130	76,02%
Άλλού	5	2,91%

Έγκυρα 170 σε σύνολο 242

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 76,02% των παιδιών έχει γεννηθεί στην Ελλάδα, το 7,02% στη Βουλγαρία, το 13,45% στην Αλβανία και το υπόλοιπο ποσοστό αλλού.

Πίνακας 4: Τόπος διαμονής

	N	%
ΗΡΑΚΛΕΙΟ	179	76,82%
Ν.ΛΑΣΙΘΙΟΥ	25	10,73%
ΡΕΘΥΜΝΟ	18	7,73%
ΧΑΝΙΑ	11	4,72%

Έγκυρα 233 σε σύνολο 242

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 76,82% των παιδιών διαμένει στο Ηράκλειο, το 7,73% στο Ρέθυμνο, το 4,72% στα Χανιά και το υπόλοιπο 10,73% στο Νομό Λασιθίου.

Πίνακας 5: Χρονικό διάστημα παραμονής στην Ελλάδα

	N	%
Χρονικό διάστημα παραμονής στην Ελλάδα	<1 χρόνο	6 4,4
	1-5 χρόνια	14 10,2
	6-10 χρόνια	41 29,9
	>10 χρόνια	76 55,5

Έγκυρα 137 σε σύνολο 242

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το χρονικό διάστημα παραμονής στην Ελλάδα για το 4,4% είναι λιγότερο από ένα έτος, το 10,2% από 1 έως 5 έτη, το 29,9% από 6 έως 10 έτη και το 55,% πάνω από 10 έτη.

Πίνακας 6: Ασφαλιστικός φορέας του παιδιού

	N	%
ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	42	18,50%
ΙΚΑ	94	41,41%
ΟΓΑ	68	29,96%
ΤΑΞΥ	10	4,41%
Άλλο	13	5,73%

Έγκυρα 227 σε σύνολο 242

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι για τον ασφαλιστικό τομέα του παιδιού το 29,96% ανήκει στον ΟΓΑ, το 41,41% στο ΙΚΑ, το 18,5% δηλώνει ανασφάλιστο, το 4,41% στο ΤΑΞΥ και το 5,73% ανήκει σε διάφορους άλλους ασφαλιστικούς φορείς.

Πίνακας 7: Ασφαλιστική κάλυψη

		N	%
Ασφάλιση μέσω φορέα...	Πατέρα	112	88,9
	Μητέρας	14	11,1

Έγκυρα 126 σε σύνολο 242

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 88,9% των παιδιών είναι ασφαλισμένα μέσω του πατέρα και το 11,1% μέσω της μητέρας (αυτό αφορά 126 παιδιά).

Πίνακας 8: Οικογενειακή κατάσταση

		N	%
Οικογενειακή κατάσταση	Γονείς έγγαμοι	133	95,7
	Γονείς διαζευγμένοι/χωρισμένοι	2	1,4
	Ο ένας γονέας έχει πεθάνει	1	,7
	Άγαμος γονέας	3	2,2

Έγκυρα 139 σε σύνολο 242

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 95,7% των παιδιών έχει έγγαμους γονείς, το 2,2% άγαμους γονείς, το 1,4% διαζευγμένους-χωρισμένους και το 0,7% έχει τον έναν γονιό του πεθαμένο.

Πίνακας 9: Διαμονή

		N	%
Με ποιά άτομα διαμένει στο σπίτι	Με τους δυο γονείς	134	96,4
	Μόνο με την μητέρα	5	3,6

Έγκυρα 139 σε σύνολο 242

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 96,4% των παιδιών διαμένει με τους δύο γονείς και το 3,6% με την μητέρα του.

Πίνακας11: Επάγγελμα πατέρα

	N	%
Οικοδόμος	61	43,88%
Αγρότης	26	18,71%
Άλλο	51	36,69%

Έγκυρα 139 σε σύνολο 242

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το επάγγελμα του πατέρα για το 43,88% των παιδιών είναι οικοδόμος, το 18,71 % αγρότης και το υπόλοιπο 21,5% ασχολείται με άλλα επαγγέλματα.

Πίνακας12: Επάγγελμα μητέρας

	N	%
Οικιακά	74	52,48%
Άλλο	55	39,01%

Έγκυρα 141 σε σύνολο 242

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 52,48% των μητέρων ασχολείται με τα οικιακά και το υπόλοιπο 39,01% διάφορα άλλα

Πίνακας 13: Γνώση Ελληνικών πατέρα

		N	%
Ο πατέρας γνωρίζει ελληνικά;	Καλά	104	79,4
	Μέτρια	23	17,6
	Ελάχιστα/καθόλου	4	3,1

Έγκυρα 131 σε σύνολο 242

Ο παραπάνω πίνακας μας πληροφορεί ότι το 79,4% των πατεράδων γνωρίζει καλά Ελληνικά, το 17,6% μέτρια και το 3.1% ελάχιστα ή καθόλου.

Πίνακας 14: Γνώση Ελληνικών μητέρας

		N	%
Η μητέρα γνωρίζει ελληνικά;	Καλά	70	51,9
	Μέτρια	52	38,5
	Ελάχιστα/καθόλου	13	9,6

Έγκυρα 135 σε σύνολο 242

Ο παραπάνω πίνακας μας πληροφορεί ότι το 51,9% των μητέρων γνωρίζει καλά Ελληνικά, το 38,5% μέτρια και το 9,6% ελάχιστα ή καθόλου.

Πίνακας 15: Γνώση Ελληνικών παιδιού

		N	%
Το παιδί γνωρίζει την ελληνική γλώσσα;	Καλά	73	53,7
	Μέτρια	63	46,3

Έγκυρα 136 σε σύνολο 242

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα το 53,7% των παιδιών γνωρίζει την Ελληνική γλώσσα και το 46,3% μέτρια.

Πίνακας 16: Φοίτηση σε Ελληνικό σχολείο

		N	%
Το παιδί παρακολουθεί το ελληνικό σχολείο	Ναι	49	36,0
	Όχι	87	64,0

Έγκυρα 136 σε σύνολο 242

Από το παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 36% των παιδιών παρακολουθεί το Ελληνικό σχολείο και το 64% όχι.

Πίνακας 17: Ηλικία πατέρα

	N	Ελάχιστη	Μέγιστη	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ηλικία πατέρα	176	19	69	33,28	7,302

Έγκυρα 176 σε σύνολο 242

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι η μέση ηλικία του πατέρα είναι 33,28 έτη με τυπική απόκλιση 7,3 έτη. Ο μικρότερος είναι 19 ετών και ο μεγαλύτερος 69.

Πίνακας 18: Ηλικία μητέρας

	N	Ελάχιστη	Μέγιστη	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ηλικία μητέρας	179	14	52	28,14	6,368

Έγκυρα 179 σε σύνολο 242

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι η μέση ηλικία της μητέρας είναι 28,14 έτη με τυπική απόκλιση 7,3 έτη. Η μικρότερη σε ηλικία είναι 14 ετών και η μεγαλύτερη 52.

Πίνακας 19: Προέλευση ασθενή

	N	%
Ήρθε στο νοσοκομείο από:	Παραπομπή	56 23,3
	Εθελούσια προσέλευση	184 76,7

Έγκυρα 240 σε σύνολο 242

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 76,7% του δείγματος ήρθε στο νοσοκομείο με εθελούσια προσέλευση και το 23,3% με παραπομπή.

Πίνακας 20: Πηγή παραπομπής

		N	%
Από που έγινε παραπομπή;	Ιδιωτικό ιατρείο	19	33,9
	Κέντρο υγείας	9	16,1
	Άλλο νοσοκομείο	28	50,0

Για το 23,3% που ήρθε με παραπομπή το 50% ήρθε από άλλο νοσοκομείο, το 33,9% από ιδιωτικό νοσοκομείο και το 16,1% από κέντρο υγείας.

Πίνακας 21: Νοσοκομείο

			N	%
	Άλλο	17	53,13%	
	ΙΕΡΑΠΕΤΡΑ	5	15,63%	
	ΡΕΘΥΜΝΟ	10	31,25%	

Στο παραπάνω πίνακα για τα 56 (19+9+28) άτομα που δήλωσαν ότι ήρθαν με παραπομπή παρατηρούμε το νοσοκομείο από όπου έγινε η παραπομπή.

Πίνακας 22: Είδος εισαγωγής

		N	%
Η εισαγωγή ήταν...	Τακτική	33	13,6
	Έκτακτη	209	86,4

Έγκυρα 242 σε σύνολο 242

Παραπάνω παρατηρούμε ότι στο 86,4% των περιπτώσεων η εισαγωγή ήταν έκτακτη ενώ στο 13,6% όχι.

Πίνακας 23: Κλινική εισαγωγής

		N	%
Ποιά ήταν η κλινική εισαγωγής	ΜΕΘ	2	,8
	ΜΟΝΠΑΙΔΩ	1	,4
	ΝΕΟΓΝΑ	1	,4
	ΟΡΘΟΠΕΔΙ	1	,4
	ΠΑΙΔΙΑΤΡ	237	97,9

Έγκυρα 242 σε σύνολο 242

Η κλινική εισαγωγής για το 97,9% ήταν παιδιατρική το οποίο σημαίνει ότι το νοσοκομείο αντιμετωπίζει στη συντριπτική του πλειοψηφία παιδιατρικά περιστατικά.

Πίνακας 24: Διάρκεια νοσηλείας

		N	Ελάχιστη	Μέγιστη	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Συνολική	διάρκεια	238	1	30	3,42	3,640
νοσηλείας						

Έγκυρα 238 σε σύνολο 242

Η μέση συνολική διάρκεια νοσηλείας ήταν 3,42 μέρες με τυπική απόκλιση 3,6 μέρες. Ακόμα η μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας ήταν 30 ημέρες και η μικρότερη 1 ημέρα.

Πίνακας 25: Τύπος εμβολιασμού

		N	%
Οι εμβολιασμοί ήταν....	Πλήρεις εμβολιασμοί	140	77,8
	Ελλιπείς εμβολιασμοί	40	22,2

Έγκυρα 180 σε σύνολο 242

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι στο 77,8% των περιπτώσεων οι εμβολιασμοί ήταν πλήρεις και στο 22,2% ελλιπείς.

Πίνακας 26: Ιατρική παρακολούθηση

		N	%
Η μητέρα είχε ιατρική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης	Ναι, πλήρη	122	91,7
	Ναι, ατελή	7	5,3
	Όχι καμία	4	3,0

Έγκυρα 133 σε σύνολο 242

Στο 91,7% των περιπτώσεων η μητέρα είχε πλήρη ιατρική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, στο 5,3% των περιπτώσεων ατελής και στο 3% καμία.

Πίνακας 27: Διάγνωση εισόδου

		N	%
Διάγνωση εισόδου	Λοιμώδη νοσήματα	14	5,8
	Νεοπλασίες (καλοήθειες + κακοήθειες)	6	2,5
	Ενδοκρινικά, μεταβολισμού, αίματος	18	7,5
	Νευρολογικές και ψυχικές διαταραχές	4	1,7
	Αισθητήρια και ΩΡΛ	9	3,7
	Καρδιολογικά	11	4,6
	Νόσοι αναπνευστικού	24	10,0
	Νόσοι πεπτικού	12	5,0
	Νόσοι ουροποιητικού	11	4,6
	Γυναικολογικά και μαιευτικά	3	1,2
	Σκελετικό	8	3,3
	Κατάγματα και ατυχήματα	7	2,9
	Συμπτώματα, ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις, αυτογενείς κατ	114	47,3

Έγκυρα 241 σε σύνολο 242

Ως διάγνωση εισόδου στο 47,3% των περιπτώσεων ήταν συμπτώματα, ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις, στο 10% καρδιολογικά, στο 7,5% ενδοκρινικά, στο 5,8% λοιμώδη νοσήματα, στο 5% νόσοι του πεπτικού.

Πίνακας 28: Είδος συμπτώματος

		N	%
Οξύ ή χρόνια	Οξύ	182	76,2
	Χρόνιο	57	23,8

Έγκυρα 239 σε σύνολο 242

Στο 76,2% των περιπτώσεων το σύμπτωμα αξιολογείται ως οξύ και στις υπόλοιπες ως χρόνια.

Πίνακας 29: Προηγούμενη ιατρική παρακολούθηση

		N	%
Προηγούμενη ιατρική παρακολούθηση για το πρόβλημα;	Ναι	54	22,9
	Όχι	182	77,1

Έγκυρα 242 σε σύνολο 242

Παρατηρούμε ότι στο 77,1% των περιπτώσεων δεν υπήρχε προηγούμενη ιατρική παρακολούθηση. Αυτό δείχνει το χαμηλό επίπεδο ιατρικής πρόληψης που επικρατεί στο δείγμα μας.

Πίνακας 30: Τόπος προηγούμενης ιατρικής παρακολούθησης

		N	%
Εάν ναι, πού;	Δεν είχε προηγούμενη ιατρική παρακολούθηση	191	78,9
	Άλλο	28	11,4
	ΠΑΓΝΗ	23	9,5

Έγκυρα 242 σε σύνολο 242

Στο παραπάνω πίνακα παρατηρούμε για το 20,9% των περιπτώσεων που υπήρχε προηγούμενη ιατρική παρακολούθηση το νοσοκομείο που παρείχε την περίθαλψη αυτή.

Πίνακας 31:Βάρος παιδιών

	N	Ελάχιστη	Μέγιστη	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Βάρος παιδιού (σε κιλά)	213	2,60	63,00	15,1072	12,77207

Έγκυρα 213 σε σύνολο 242

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το μέσο βάρος του παιδιού σε κιλά είναι 15,1 με τυπική απόκλιση 12,77 κιλά. Το μικρότερο σε βάρος είναι 2,6 κιλά και το μεγαλύτερο σε βάρος 63 κιλά.

Πίνακας 32: Ύψος παιδιών

	N	Ελάχιστη	Μέγιστη	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ύψος παιδιού (σε εκατοστά)	146	34,0	160,0	59,250	30,9178

Έγκυρα 146 σε σύνολο 242

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το μέσο ύψος του παιδιού σε εκατοστά είναι 59,25 με τυπική απόκλιση 30,91 κιλά. Το μικρότερο σε ύψος είναι 34 εκατοστά και το μεγαλύτερο σε ύψος είναι 160 εκατοστά.

Πίνακας 33: Περίμετρος κεφαλής

	N	Ελάχιστη	Μέγιστη	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Περίμετρος κεφαλής (σε εκατοστά)	127	17,0	88,0	44,244	12,6675

Έγκυρα 127 σε σύνολο 242

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι η μέση περίμετρος της κεφαλής του παιδιού σε εκατοστά είναι 44,24 με τυπική απόκλιση 12,66 κιλιά. Το μικρότερο σε ύψος είναι 17 εκατοστά και το μεγαλύτερο σε ύψος είναι 88 εκατοστά.

Πίνακας 34: Σωματική ανάπτυξη παιδιού

	N	%
Σωματική ανάπτυξη παιδιού	Υποθρεψία	6 3,7
	Παχυσαρκία	5 3,0
	Κανονικό βάρος	153 93,3

Έγκυρα 164 σε σύνολο 242

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 93,3% των παιδιών έχει κανονικό βάρος, το 3,7% έχει υποθρεψία και το 3% είναι παχύσαρκο.

Πίνακας 35: Νοητική ανάπτυξη παιδιού

	N	%
Ανάπτυξη παιδιού	Φυσιολογική	231 99,1
	Νοητική υστέρηση	2 ,9

Έγκυρα 233 σε σύνολο 242

Το 99,1% των παιδιών έχει φυσιολογική ανάπτυξη και το 0,9% έχει νοητική υστέρηση.

Πίνακας 36: Χρόνια νοσήματα στην οικογένεια

	N	%
Ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων στην οικογένεια	Ναι	23 9,6
	Όχι	217 90,4

Έγκυρα 240 σε σύνολο 242

Στο 90,4% των περιπτώσεων δεν υπάρχουν χρόνια νοσήματα στην οικογένεια ενώ στο 9,6% υπάρχουν.

Πίνακας 37: Είδος χρόνιων νοσημάτων

	N	%
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β ΜΗΤΕΡΑ	1	,4
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β ΠΑΤΕΡΑ	1	,4
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΠΑΤΕΡΑ	1	,4
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΜΗΤΕΡΑ	1	,4
ΑΛΛΕΡΓΙΑ	1	,4
ΒΑΛΒΙΔΜΗ	1	,4
ΒΑΡΙΚΑΡΔΙΑ	1	,4
ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ	1	,4
ΔΙΑΒΗΤΗΣ	2	,8
ΕΛΚΟΣ ΠΑΤΕΡΑ	1	,4
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΜΗΤΕΡΑ	4	1,6
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β	1	,4
ΘΥΡΟΕΙΔΗ ΜΗΤΕΡΑ	1	,4
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΑΔΕΛΦΟΣ	1	,4
ΚΩΦΑΛΛΑΓΙΑ	1	,4
ΠΥΡΕΤΙΚΟΙ ΣΠΑΣΜΟΙ	1	,4
ΣΔ 2	1	,4

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΓΙΑΓΙΑ	1	,4
ΥΠΟΘΥΡΟΕΙΔΗΣ	1	,4

Στο 9,6% των περιπτώσεων που υπάρχουν χρόνια νοσήματα στην οικογένεια βλέπουμε το είδος αυτών των νοσημάτων.

Πίνακας 38: Ύπαρξη μεταδοτικών νοσημάτων στην οικογένεια

	N	%
Ύπαρξη μεταδοτικών νοσημάτων στην οικογένεια		
Ναι	11	4,6
Όχι	229	95,4

Έγκυρα 240 σε σύνολο 242

Στο παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι στο 95,4% των περιπτώσεων δεν υπάρχουν μεταδοτικά νοσήματα ενώ μόνο στο 4,6% υπάρχουν.

Πίνακας 39: Είδος μεταδοτικών νοσημάτων

	N	%
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α ΜΗΤΕΡΑ	2	,8
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C	1	,4
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΠΑΤΕΡΑ	1	,4
ΑΝΑΙΜΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	1	,4
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β	2	,8
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΜΗΤΕΡΑ	2	,8
ΣΠΑΜΟΙ ΜΗΤΕΡΑ	1	,4

Στο παραπάνω πίνακα παρατηρούμε για το 4,6% των περιπτώσεων που υπάρχουν μεταδοτικά νοσήματα το είδος αυτών των νοσημάτων.

Πίνακας 40: Διάγνωση εξόδου

		N	%
Διάγνωση εξόδου	Λοιμώδη νοσήματα	19	7,9
	Νεοπλασίες (καλοήθειες + κακοήθειες)	6	2,5
	Ενδοκρινικά, μεταβολισμού, αίματος	13	5,4
	Νευρολογικές και ψυχικές διαταραχές	2	,8
	Αισθητήρια και ΩΡΛ	20	8,3
	Καρδιολογικά	12	5,0
	Νόσοι αγγείων	1	,4
	Νόσοι αναπνευστικού	31	12,9
	Νόσοι πεπτικού	29	12,1
	Νόσοι ουροποιητικού	16	6,7
	Γυναικολογικά και μαιευτικά	5	2,1
	Μυοσκελετικό	10	4,2
	Κατάγματα και ατυχήματα	8	3,3
	Συμπτώματα, ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις, ιατρογενείς κατ	68	28,3

Έγκυρα 240 σε σύνολο 242

Ως διάγνωση εξόδου στο 28,3% των περιπτώσεων διαγνώστηκαν συμπτώματα, ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις, στο 12,9% νόσοι αναπνευστικού, στο 12,1% νόσοι πεπτικού, στο 8,3% αισθητήρια και ΩΡΛ, στο 7,9% λοιμώδη νοσήματα, στο 5,4% ενδοκρινικά, στο 5% καρδιολογικά και στο υπόλοιπο 20,1% διάφορα άλλες διαγνώσεις.

Πίνακας 41: Παραπομπή μετά το ΠΑΓΝΗ

		N	%
Μετά το ΠΑΓΝΗ παραπέμφθηκε αλλού;	Ναι	17	7,2
	Όχι	220	92,8

Έγκυρα 237 σε σύνολο 242

Παρατηρούμε ότι το 92,8% των περιπτώσεων δεν παραπέμφθηκε αλλού μετά το νοσοκομείο ΠΑΓΝΗ.

Πίνακας 42: Μέρος παραπομπής μετά το ΠΑΓΝΗ

		N	%
Εάν ναι, που;	Άλλο	225	93,0
	ΑΓ.ΣΟΦΙΑ	6	2,5
	ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ	1	,4
	ΙΑΤΡ.ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	1	,4
	ΙΑΤ.ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	1	,4
	ΙΔΙΩΤΗΣ ΓΙΑΤΡΟΣ	1	,4
	ΚΛΑΥ	1	,4
	ΚΟΙΝ.ΥΠΗΡΕΣΙΑ	1	,4
	ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	1	,4
	ΠΑΙΔ.ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ	1	,4
	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛ.ΙΑΤΡ	1	,4
	ΩΝΑΣΕΙΟ	1	,4
	ΩΡΑ ΙΑΤΡ	1	,4

Έγκυρα 242 σε σύνολο 242

Για το 92,8% των περιπτώσεων που παραπέμφθηκε αλλού μετά το νοσοκομείο ΠΑΓΝΗ βλέπουμε το νοσοκομείο που ανέλαβε το περιστατικό.

Πίνακας 43: Συνέχιση παρακολούθησης μετά την διάγνωση

	N	%
Εάν διαγνώστηκε χρόνια νόσημα, συνέχισε να παρακολουθείται μετά τη διάγνωση στο νοσοκομείο;		
Ναι	42	85,7
Όχι	7	14,3

Έγκυρα 49 σε σύνολο 49

Στο 85,7%(42) των περιπτώσεων που διαγνώστηκε χρόνια νόσημα συνεχίστηκε η παρακολούθηση μετά τη διάγνωση στο νοσοκομείο ενώ στο 14,3% (7) δεν συνεχίστηκε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΝΑΤΟ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα και την επεξεργασία των δεδομένων από την στατιστική ανάλυση, προέκυψαν κάποια στοιχεία που αξίζει να συζητηθούν:

Α. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Από το εξεταζόμενο δείγμα, περισσότερα είναι τα κορίτσια χωρίς όμως συντριπτική διαφορά.. Η ηλικία τους είναι από μωρουδιακή μέχρι και 18 ετών με μέσο όρο 3-4 ετών. Η πλειοψηφία της εθνικότητας των ανήλικων μεταναστών είναι αλβανικής καταγωγής ενώ λιγότεροι προέρχονται από τη Βουλγαρία, τη Ρουμανία και άλλες μικρότερες χώρες.

Από τα παιδιά αλβανικής καταγωγής, το μεγαλύτερο ποσοστό έχει γεννηθεί στη χώρα μας και το μεγαλύτερο μέρος αυτών μένει στο Ηράκλειο Κρήτης. Τα πιο πολλά από αυτά τα παιδιά μένουν στη χώρα μας πάνω από 10 έτη ενώ το ασφαλιστικό τους ταμείο είναι στο ΙΚΑ, ΟΓΑ και λιγότερο σε άλλους φορείς. Άλλωστε όπως είδαμε το κύριο επάγγελμα των ανδρών είναι οικοδόμοι και οι αγροτικές εργασίες. Σε αντίθεση με τις γυναίκες οι οποίες ασχολούνται με τα οικιακά. Ας σημειωθεί ότι το 18% των μεταναστών είναι ανασφάλιστο. Αυτό σημαίνει είτε ότι εργάζονται και δεν τους ασφαλίζουν είτε είναι άνεργοι.

Η πλειοψηφία πρόκειται για παιδιά τα οποία προέρχονται από έγγαμους γονείς και διαμένουν και με τους δυο. Όπως βλέπουμε οι μονογονεϊκές οικογένειες είναι ελάχιστες, που σημαίνει ότι οι δεσμοί της οικογένειας είναι πιο δυνατοί και λόγω της κατάστασης την οποία βιώνουν σε μια ξένη χώρα, προσπαθούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά και κοινωνικά και παραμένουν ενωμένοι.

Όπως φαίνεται οι γονείς γνωρίζουν αρκετά καλά την Ελληνική γλώσσα άλλωστε το μεγαλύτερο ποσοστό διαμένει στην Ελλάδα περίπου μια δεκαετία. Η μέση ηλικία των ανδρών είναι 33 ενώ των γυναικών 28.

Τα περισσότερα παιδιά δεν παρακολουθούν το ελληνικό σχολείο γιατί ο μέσος όρος ηλικία είναι τα 3 με 4 χρόνια. Στην ερώτηση του ερευνητή προς τους γονείς(η

οποία έγινε μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας) για το αν τα παιδιά θα παρακολουθήσουν το ελληνικό σχολείο ήταν όλοι θετικοί.

B. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Όσον αφορά τα στοιχεία της νοσηλείας αναδείχθηκαν τα εξής συμπεράσματα:

Ο μέσος όρος συνολικής παραμονής των ανήλικων μεταναστών στο χώρο του νοσοκομείου είναι 3 ημέρες, ενώ οι περισσότεροι προσήλθαν στο νοσοκομείο εθελούσια και ο λόγος εισαγωγής ήταν έκτακτος. Σχετικά με το αν οι εμβολιασμοί των παιδιών είναι πλήρεις το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε θετικά, αξίζει όμως να σημειωθεί ότι το 22% του δείγματος απάντησε αρνητικά. Είναι ένα σημείο στο οποίο πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία καθώς ο πλήρης εμβολιασμός ενός παιδιού είναι απαραίτητος.

Αντίθετα διαπιστώνουμε ότι οι περισσότερες μητέρες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρακολουθούνταν από γιατρό. Όσον αφορά τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά των παιδιών είναι σε φυσιολογικά επίπεδα.

Ως διάγνωση εισόδου και εξόδου διαγνώστηκαν συμπτώματα, ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις, καρδιολογικά, λοιμώξεις αναπνευστικού. Αναφορικά με χρόνια νοσήματα αναφέρθηκε μεγάλο ποσοστό. Σε αυτό το σημείο να σημειώσουμε ότι αναφέρθηκε μονάχα ένα περιστατικό κακοποίησης παιδιού Το ιατρικό οικογενειακό ιστορικό δεν είναι επιβαρυνμένο παρά μόνο ελάχιστων περιπτώσεων. Οι περισσότερες περιπτώσεις δεν παραπέμφθηκαν αλλού ενώ σε αυτές που διαγνώστηκε χρόνιο νόσημα συνέχισαν να παρακολουθούνται από το ΠΑΓΝΗ.

ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ένας περιορισμός της έρευνας, ήταν ο χρόνος διεξαγωγής όπου θα μπορούσε να είναι μεγαλύτερος μιας και στόχος των ερευνητών ήταν να απασχολήσουν όσο το δυνατόν λιγότερο χρονικό διάστημα το υπό εξέταση νοσοκομείο.

Μια ακόμα δυσκολία στην έρευνα ήταν κάποια ελλιπή στοιχεία από τους φακέλους του νοσοκομείου που δεν έδωσαν σε κάποια σημεία σφαιρική εικόνα της κατάστασης.

Από την άλλη πλευρά, η έρευνα αυτή σκιαγράφησε σε πολύ μεγάλο βαθμό την εικόνα που επικρατεί στο συγκεκριμένο μέρος της Ελλάδας αλλά θα μπορούσε να αποτελέσει τη βάση για μια μελλοντική πιθανή έρευνα σε ένα άλλο μέρος της Ελλάδας όπως είναι η Αττική όπου το σύνολο των μεταναστών είναι συγκεντρωμένο σε μεγαλύτερο ποσοστό οπότε και υπάρχει μεγαλύτερη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών από τους ίδιους και τα παιδιά τους και θα μπορούσε να δείξει τη σημερινή κατάσταση με μεγαλύτερη ακρίβεια. Δυστυχώς δεν μπορέσαμε να αναζητήσουμε παρόμοιες έρευνες που πιθανόν έγιναν στο εξωτερικό ώστε να συγκρίνουμε τα αποτελέσματα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που αναδείχθηκαν από την έρευνα διαπιστώσαμε ότι οι μετανάστες που κατοικούν στο Ηράκλειο Κρήτης είναι σε αρκετά καλό επίπεδο όσον αφορά το θέμα της υγείας των ανήλικων παιδιών τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό των μεταναστών διαμένει πλέον πολλά χρόνια στην Ελλάδα, έχουν προσαρμοστεί στα δεδομένα της χώρας και έχουν καταφέρει να φτάσουν σε ένα αξιοπρεπές επίπεδο ζωής.

Ένα πολύ σημαντικό ερώτημα που είχαμε θέσει στην αρχή της έρευνας μας, ήταν αν υπάρχουν κοινωνικές ανισότητες των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους μετανάστες και τους γηγενείς. Δεν καταφέραμε να συλλέξουμε αυτή την πληροφορία γιατί δεν μας δόθηκε η ευκαιρία να πραγματοποιήσουμε συνεντεύξεις με τους μετανάστες και να καταγράψουμε τις αντιδράσεις τους. Ελπίζουμε κάποιος άλλος συνάδελφος να τα καταφέρει να ασχοληθεί με τη συνέχεια αυτού του θέματος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ames, N. (2007). Improving underserved children's access to health care: practitioners' views, *J Child Health Care*, 11(3):175-85.
2. Anagnostopoulos D. C., Vlassopoulou M., Rotsika V., Pehlivanidou H., Legacy L., Rigatos E., Lazaretto H. (1994). «Psychopathology and Mental Health Service Utilization by Immigrants' Children and their Families». *International Migration*, 32(1):29-47.
3. Anagnostopoulos D. C., Vlassopoulou M., Rotsika V., Pehlivanidou H., Legaki L., Rogakou E., Lazaratou H. (1994). «Psychopathology and Mental Health Service Utilization by Immigrants' Children and their Families». *International Migration*, 32(1):29-47.
4. Anagnostopoulos DC, Vlassopoulou M, Rotsika V, Pehlivanidou H, Legacy L, Rigatos E, Lazaretto H. (2004). Psychopathology and mental health service utilization by immigrants' children and their families. *Transcult Psychiatry* 41(4): 465-86.
5. Andrews M., Cultural perspectives on nursing in the 21 st century. *Journal of Professional Nursing* 1992,8(1): 1-9.
6. Andrews M., Royle J. *Transcultural Concepts in Nursing Care* 3rd edition Lippincott Philadelphia. New York. Baltimore 1999.
7. Balduin D., 2003, Disparities in health and health care: focusing efforts to eliminate unequal burdens [on line] http://www.nursingworld.org/ojin/topic20/tpc20_1.htm
8. Bolton E.J. (1979) Education in Multiracial Society, *Trends in Education* 4 , σελ.3-7

9. Borjas, G. (1994) "The economics of immigration", *Journal of Economic Literature* Vol. 32: 1667-1717
10. Campinha - Bacote J., 1998, *The process of cultural competence in the Delivery Healthcare Services: A culturally competent model of care 3rd edition.* Transcultural C.A.R.E. Associates, Cincinnati OH
11. Charlot M., «Δημογραφικοί και κοινωνικοί μετασχηματισμοί», στο: Αρβελέρ Ε. - Aymard M., *Οι Ευρωπαίοι, Νεότερη και Σύγχρονη Εποχή*, τόμ. α', Σαββάλας, Αθήνα 2003.
12. Cook C., 2003, *the many faces of diversity: Overview and Summary* *Online Journal of issues in nursing* Vol 8 No 1 Available : <http://nursingworld.org/ojin/topic20/tpc20ntr.htm>
13. Cooper - Patrick L. Gallo J., Gonzales H et al., 1999, *Race, gender and partnership in the patient – physician relationship.* *JAMA* 282(6):583-589
14. Cross, M. (1989), "Migrants and new minorities in Europe" *International Review of Comparative Public Policy* Vol. 1, 153-78
15. Dossey B., Keegan L. και Guzzeta C., 2000, *Holistic Nursing: A Handbook for Practice 3rd edition.* Aspen Publishers Inc., Gaithersburg Maryland
16. Dossey B. Keegan L. και Guzzetta C. *Holistic Nursing: A handbook for Practice.* 3rd edition. Aspen Publishers Inc, Gaithersburg Maryland 2000:156-162
17. Ebersole P., Hess P. *Toward Healthy Aging.* Mo. C. V. Mosby. St. Luis 1994.
18. Europa (1999) "Ελεύθερη κυκλοφορία των ατόμων. Υποδοχή και εκούσιος επαναπατρισμός προσφύγων, ακουσίως μετακινήθέντων και αιτούντων άσυλο. Ευρωπαϊκό Ταμείο για τους Πρόσφυγες 2000-2004.
19. Fakiolas R. (2003). «Regularising undocumented immigrants in Greece: procedures and effects». *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 29(3), pp.535-561.

20. Fix, M. & J.S. Passel (1994) *Immigration and Immigrants: Setting the Record Straight*, Washington, D.C.: The Urban Institute
21. Flores G, Vega LR. (1998). Barriers to health care access for Latino children. *Family Medicine*, 30(3):196-205.
22. Foerch, Cl. & G. Kasper (1992) "Plans and strategies in foreign language communication", στο Foerch Cl. & Kasper G. (ed.) *Strategies in Interlanguage Communication*.-London: Longman, 1992, pp. 20-60.
23. Frey, M. & U. Mammey (1996) *Impact of Migration in the Receiving Countries*, OIM
24. Frey, M. & U. Mammey (1996) *Impact of Migration in the Receiving Countries*, OIM
25. Gabaglio E. (2003), «Οικονομική και κοινωνική ενσωμάτωση των μεταναστών και η δράση της Ε.Ε.»
26. Giddens A. (1989) "Theoretical Dilemma: A basic theoretical problem that forms the focus of long-standing debates in sociology."
27. Giger J. & Davidhizar R. 1999, *Transcultural Nursing: Assesment and Intervention*. 3rd edition. Mosby – Year Book Inc, St. Louis
28. Giorgo (2002) «Μετανάστευση και αστυνομική βαρβαρότητα : ένα μάθημα χωροταξίας» Dans la même rubrique lundi 17 juin 2002.
29. http://193.218.80.70/cgi-bin/hwebpressrem.exe?-=223084w=IATPIKH_&V=hpress_int&-P
30. <http://www.ecogreens.gr/ygeia.htm>
31. <http://www.greekhelsinki.gr/dikaiomatika/06/fakelos/metanastes/02.htm>
32. INED (1991), *Cent ans d' immigration, etrangers d'hier, francais d' aujourd 'hui. Apport demographique, dynamique familiale et economique de l' immigration etrangere*, Travaux et Documents, Cahier no 131, PUF

33. Jayet H. (1998), «L' impact économique de l' immigration sur les pays et régions d' accueil : modeles et methodes d' analyse », Documents d' etudes DARES no 20, Ministere du Travail et des Affaires Sociales, Avril
34. Kanavaki S., Nikolaou S., Karampela S., Papavasiliou A., Skroumpelou A., Varonou E., Papageorgiou P., Kontos F., Anagnostou S., Raftopoulou A., Koumantakis P., Tamvakis V. (2005). «Changes in the epidemiology of tuberculosis in Greece due to continuing immigration». *Pneumon* 18(1):84-92.
35. Leininger M., 1991, *Culture Care Diversity and Universality: a theory of nursing*. National League for Nursing, New York , 3-5
36. Leininger M. *Ethical and moral dimensions of care*. Detroia, MI: wayne State University press 1990.
37. Leininger M. *Future directions ίπ transcultural nursing ίπ the 21st century*. *ΙπI Nurs. Rev.* 1997, 44 (1): 19-23.
38. Leininger M. *Nursing and anthropology; two worlds to blend*. Greydon press, Columbus, OH, 1994.
39. Leininger, 2002, *Transcultural nursing and globalization of health care: importance, focus and historical aspects*. In Leininger M., Mc Farland M.R. editors. *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice ed.3*, New York, 2002, McGraw - Hill
40. Leininger. *Transcultural Nursing: the study and practice field*. Imprint 1991, 38 (2): 55 - 66.
41. Lin K., Poland R. και Lesser I., 1986, *Ethnicity and Psychopharmacology*. *Culture Medicine and Psychiatry* 10:151-165
42. Medecins Sans Frontiers Γιατροί Χωρίς Σύνορα (2008) «Αποστολή διερεύνησης της κατάστασης των μεταναστών «χωρίς έγγραφα» που εισέρχονται στην Ελλάδα» Ανάκτηση από: <http://www.msf.gr>, Φεβρουάριος 2010
43. Melville, J. Herskovits, *Cultural Relativism: Perspectives in Cultural Pluralism*, New York 1973, Vintage Books

44. Pantazis K., D., Elefsiniotis I., S., Brokalaki H. (2008). «New Data concerning the Epidemiology of Hepatitis B Virus Infection in Greece». Gastroenterology Research and Practice. Published online 2008 April 6.
45. Papademetriou, D. (1994) « The economic and labor market effects of immigration on the United States », National Forum Vol. 74 No. 3, 17-21,40
46. Purnell L. & Paulanka B., 1998, Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach. Davis Company, Philadelphia
47. Sarris A.H., Zografakis S. (1999), A computable general equilibrium assessment of the impact of illegal immigration on the Greek economy, Journal of Population Economics, Vol. 12, issue 1
48. Sealey L., 2003, Cultural competence of faculty of Baccalaureate nursing programs. Dissertation. Louisiana State University, Louisiana, USA
49. Talabere, L.R. (1996). Meeting the challenge of culture care in nursing: Diversity, sensitivity, competence, and congruence. Journal of Cultural Diversity
50. US Department of Labor (1989) The Effects of Immigration on the U.S. Economy and Labor Market Immigration Policy and Research Report 1, Washington, D.C., U.S. Department of Labor
51. Waldinger, R. (1996) Still the Promised City? New Immigrants and African Americans in Postindustrial New York, Cambridge: Harvard University Press
52. Weathers AC, Novak SP, Sastry N, Norton EC.(2008). Parental nativity affects children's health and access to care. J Immigr Minor Health, 10(2):155-65.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

53. 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ και ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, 2002, Νοσηλευτών Νεφρολογίας
54. Α.Ρ.Σ.Ι. (2003) Αριστερή Ριζοσπαστική Συνεργασία Ιατρών

55. Άρθρο 84/Ν.3386/2005
56. ΑΡΣΙ (2003), «Για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες»
57. Βήχος Π. (2003) «Μετανάστες: Το δίκαιο της εξολόθρευσης του διαφορετικού: Περιοδικό Μαρμίτα, 07/04/2003
58. Γαλανάκης Ε., Κράλλης Ν., Ντούρος Θ., Ευαγγελίδου Ε., Ανδρονίκου Σ., Σιαμοπούλου Α., (2008). «Νοσηλεία παιδιών αλβανικής υπηκοότητας: πραγματικότητα, προβλήματα, προοπτικές». Παιδιατρική, 61(3)
59. Γεωργογιάννης Π.(1997), *Θέματα Διαπολιτισμικής Εκπαίδευσης*, Gutenberg, Αθήνα.
60. Γιαννίρη Ν.(2003), «Χρυσάφι» τα ξένα χέρια, Ελευθεροτυπία 31/01/2003
61. Γιαννίτσης Τ. (αν. υπουργός Εξωτερικών), (2003), Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία 05/01/2003, συνέντευξη στη Βασιλική Σιούτη.
62. Γιάννου Σ. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα του μετανάστη στο νοσοκομείο. Πρακτικά 14^{ης}Επιστημονικής Ημερίδας Νοσηλευτών Νεφρολογίας, 2003.
63. Γιατροί χωρίς σύνορα (1996), Προγράμματα εντός συνόρων, ενημερωτικό φυλλάδιο: 'προγράμματα της διπλανής πόρτας'.
64. Δρίτσας Σ., Αδράκτα Δ., Χατζηγεωργίου Γ.Μ., Σαρρής Γ., Χαλκιαδάκη Δ., Γούλας Σ., Λουζιώτη Α., Τσερπέ Π., Κεχαγιόγλου Κ. (1996). «Επιπολασμός των ηπατίτιδων Β και C, της HIV-λοίμωξης και της φυματίωσης σε άστεγους λαθρομετανάστες των Αθηνών». Ιατρική, 70(4):347-350.
65. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (ΕΣΥΕ), Απογραφή 2001.
66. Ζαχάρης Φ., (2008) «Μετανάστευση και Υγεία» Ανάκτηση από: <http://www.e-lefkas.gr>, Φεβρουάριος 2010
67. Ιορδάνου Π., Διαπολιτισμικά Στοιχεία. Σημειώσεις ΤΕΙ Αθήνας, ΣΕΥΠ Νοσηλευτική Α', 2008
68. Ιωακείμογλου Η. (2004), «Οι μετανάστες και η απασχόληση», εκδ. Τεγόπουλος Α.Ε.

69. Καλούτση Α.(1993), *Παιδί και Πληθυσμιακές Μετακινήσεις*. Αθήνα: *Ελληνικά Γράμματα*.
70. Κουσνέρ Μ(1996),*Η Δικτατορία των γιατρών*, Εξάντας, Αθήνα
71. Λαμπριανίδης Λ. , Λυμπεράκη Α. (2001), *Αλβανοί Μετανάστες στη Θεσσαλονίκη*. Θεσσαλονίκη: Παρατηρητής
72. Λάσκαρη Α. Διαπολιτισμική Νοσηλευτική.Πρακτικά 14^{ης}Επιστημονικής Ημερίδας
73. Μακρίδης Φ. (2002) «Όψεις του δημογραφικού προβλήματος στην Ελλάδα. Ορισμένες παρατηρήσεις σχετικά με τον πλανήτη και την Ευρώπη. Περιοδικό Καλάμι.
74. Μαρβάκης Α., Παρσανόγλου Δ., Παύλου Μ. (2001), *Μετανάστες στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
75. Μπόραβου Β., Ταβελλάρη Σ., Τρώντσιου Ε., (1998) Η ελληνική μετανάστευση στις ΗΠΑ (1900-1925). Ένα project για το δημοτικό σχολείο, Τόμος 1, τεύχος 3, Δεκέμβριος 1998
76. Μπούκα Ν., (2008) Ανάκτηση από: <http://www.makthes.gr>, Φεβρουάριος 2010
77. Νανούρης Δ. (2003) «Το κράτος απουσιάζει για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες» Ελευθεροτυπία 05/01/2003
78. Ναζάκης Χ. , Χλέτσος Μ. (2001), *Μετανάστες και Μετανάστευση*. Αθήνα: Πατάκη.
- ΟΑΕΔ (2004) «Μετανάστες - Πρόγραμμα Κατάρτισης - ΕΡΓΟΝ ΚΕΚ - EQUAL.» Εφημερίδα Χίου, Πε 15/1/2004
79. ΟΗΕ και Διεθνής Αμνηστία, Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία – 05/01/2003
80. ΟΚΕ, 2000, «Μετανάστευση και παραμονή αλλοδαπών, στην Ελληνική επικράτεια»

81. Πανταζή Θ., 2001, «Χρήση Υπηρεσιών Υγείας Αλλοδαπών Ασθενών», Εθνική Σχολή Δημοσίας Υγείας
82. Παπα Κωνσταντίνου Θ. Πολιτική Αγωγή. 2η έκδοση, Karavas Hellas, Αθήνα 1970.
83. Παπαχριστοδούλου Β., 2001, «Χρήση Υπηρεσιών Υγείας από Αλλοδαπούς ασθενείς στο Νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου Θεσσαλονίκης», Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
84. Πετρινώτη Ξ. (1993), *Η μετανάστευση προς την Ελλάδα Μια πρώτη καταγραφή, ταξινόμηση και ανάλυση. Αθήνα :Οδυσσέας*
85. Πετσάλνικος Φ. (2003) «Κακούργημα το δουλεμπόριο» Ελευθεροτυπία 05/01/2003.
86. Σιούτη Β. (2003) «Κλείνουν οι πόρτες της Ευρώπης» ΚΥΡΙΑΚΑΤΙΚΗ - 05/01/2003
87. Τούντας Γ., Μοντέλα Συμπεριφορών Υγείας, Νέα Υγεία, τεύχος 24, Απρίλιος – Ιούνιος, σελ 35-55
88. Τσιγκρής Α.Α. (2004), «Μετανάστευση και λαθρομετανάστευση» στο περιοδικό Εψίλον
89. Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Ανάκτηση από: <http://www.ypakp.gr/>

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

90. <http://www.ekka.org.gr>
91. www.el.wikipedia.gr
92. www.enet.gr (Ελευθεροτυπία , φύλλο Τετάρτης , 13/08/2008)
93. www.mohaw.gr/org (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης)
94. www.unicef.gr

