



Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Ασθενείς μετανάστες: Στάσεις και Απόψεις Επαγγελματιών Υγείας και Διοικητικών
στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης

Περάκη Δέσποινα

Γενετάκη Ελένη

Δοξάκη Καλλιόπη

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Δρ. Τριγώνη Μαρία

Ηράκλειο, Νοέμβριος 2015

Πρόλογος

Η πτυχιακή αυτή έχει ως σκοπό την διερεύνηση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας για τους μετανάστες ασθενείς. Η έρευνα θα είναι ποιοτική και θα βασιστεί στις απαντήσεις του ιατρικού, νοσηλευτικού προσωπικού, των κοινωνικών λειτουργών και των διοικητικών υπαλλήλων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης (ΠΑΓΝΗ) σε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) όρισε το 1946 την υγεία ως την πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία, και όχι απλά την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. Η έννοια της υγείας μπορεί να αποδοθεί ως το άθροισμα ή το προϊόν όλων των συστημάτων ή των παραμέτρων που επηρεάζουν μακροπρόθεσμα ή βραχυπρόθεσμα τις διαστάσεις της υγείας. Σε αυτές μπορούν να συμπεριληφθούν περιβαλλοντικοί παράγοντες, κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, βιολογικοί παράγοντες ή καταβολές και η ανθρώπινη συμπεριφορά. Υγεία είναι ένα αγαθό που θα πρέπει να απολαμβάνεται από όλους τους ανθρώπους ανεξαιρέτως.

Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι η διερεύνηση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας και τις στάσεις τους για τους μετανάστες ασθενείς. Πως αυτή τους η αντίληψη μπορεί να διαμορφώσει και την συμπεριφορά τους απέναντι στους ασθενείς αυτούς αλλά και την ιατρική τους πρακτική. Ιδιαίτερα, θα μελετήσουμε εάν διαφοροποιούνται οι στάσεις και οι απόψεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, των κοινωνικών λειτουργών και των διοικητικών υπαλλήλων όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες ασθενείς και τους ομογενείς στο ΠΑΓΝΗ, ενώ θα εστιάσουμε και στις δυσκολίες που καταγράφουν οι επαγγελματίες υγείας κατά την παροχή των υπηρεσιών τους σε μετανάστες ασθενείς. Θα καταγράψουμε τις όποιες προτάσεις τους για την επίλυση του προβλήματος.

Ευχαριστίες

Από εδώ θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ειλικρινά την επιβλέπουσα καθηγήτρια Δρ. Τριγώνη Μαρία για την σημαντική συμβολή της στην πραγματοποίηση της δεδομένης πτυχιακής εργασίας. Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους συγγενείς και φίλους που μας στήριξαν καθ' όλη την διάρκεια συλλογής των δεδομένων και καταγραφής αυτών, όπως και κατά την συγγραφή του πονήματος αυτού.

Δέσποινα, Ελένη, Καλλιόπη,

Νοέμβριος 2015

Περιεχόμενα

Πρόλογος.....σελ.1

Ευχαριστίες.....σελ.2

Γενικό μέρος

Κεφάλαιο 1: Η μετανάστευση προς την Ελλάδα

1.1 Εισαγωγή.....σελ.7

1.2 Ιστορική αναδρομή μετανάστευσης στην Ελλάδα.....σελ.8

Κεφάλαιο 2: Θεσμικό-νομικό πλαίσιο που διέπει την προσβασιμότητα στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας

2.1 Νέος νόμος.....σελ.12

2.2 Εγκύκλιος υγειονομικής περίθαλψης μεταναστώνσελ.12

Κεφάλαιο 3: Δικαιώματα μεταναστών στην Ελλάδα

3.1 Δικαιώματα μεταναστών (γενικά).....σελ.16

3.2 Δικαίωμα στη περίθαλψη.....σελ.19

3.2.1 Ορισμοί της υγείας.....σελ.19

3.2.2 Πρόσβαση μεταναστών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας..σελ.20

Κεφάλαιο 4: Το φαινόμενο κοινωνικού αποκλεισμού και η μετανάστευση

4.1 Έννοια κοινωνικού αποκλεισμού.....σελ.22

4.2 Αίτια κοινωνικού αποκλεισμού.....σελ.23

4.3 Κοινωνικός αποκλεισμός ευπαθών ομάδων πληθυσμού στο τομέα της υγείας.....σελ.24

4.3.1 Η πραγματική κατάσταση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.....σελ.25

4.3.2 Οι επιπτώσεις στην υγεία των μεταναστών που βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό.....σελ.26

4.4 Επαγγελματίες υγείας κα ρατσισμός.....σελ.27

4.5 Αντιμετώπιση ρατσισμού από τους επαγγελματίες υγείας.....σελ.28

Κεφάλαιο 5: Απόψεις επαγγελματιών υγείας για την παροχή υπηρεσιών στους μετανάστες

5.1 Απόψεις επαγγελματιών υγείας για ασθενείς με διαφορετική προέλευση.....σελ.30

5.1.1 Μελέτες στην Ελλάδα.....σελ.30

5.1.2 Μελέτες στην Καταλονία.....σελ.33

5.1.3 Μελέτες στην κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....σελ.34

5.2 Πιθανά εμπόδια στην χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών ανάμεσα σε εθνικές μειονότητες.....σελ.35

5.2.1 Πιθανά εμπόδια σε επίπεδο ασθενή- ιατρού.....σελ.35

5.2.2 Πιθανά εμπόδια σε επίπεδο συστήματος υγείας.....σελ.38

Κεφάλαιο 6: Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

6.1 Εισαγωγή.....σελ.41

6.2 Ηθικά διλήμματα – Αξιακές συγκρούσεις.....σελ.42

6.3 Κοινωνικός Λειτουργός και Υπηρεσίες υγείας.....σελ.44

Ειδικό Μέρος

Κεφάλαιο 7: Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος

7.1 Σκοπός έρευνας.....	σελ.49
7.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	σελ.49
7.3 Αντικείμενο και σχεδιασμός μελέτης.....	σελ.50
7.4 Περιοχή διεξαγωγής μελέτης:	σελ.51
7. 5 Πληθυσμός μελέτης- Δειγματοληψία.....	σελ.51
7.5.1 Σύγκριση της ποιοτικής με την ποσοτική έρευνα.....	σελ.53
7.6 Ερευνητικό εργαλείο- Μέθοδος.....	σελ.54
7.7 Ηθική και δεοντολογία της μελέτης.....	σελ.56
7.8 Αιτιολόγηση επιλογής μεθόδου ποιοτικής έρευνας – Ανάλυση.....	σελ.56
7.9 Ανάλυση.....	σελ.57

Κεφάλαιο 8: Αποτελέσματα

8.1 Ανάλυση συνεντεύξεων:.....	σελ.59
8.1.1 Δημογραφικά στοιχεία της έρευνας.....	σελ.59

Κεφάλαιο 9: Συζήτηση - Συμπεράσματα

9.1 Συζήτηση.....	σελ.78
9.2 Απάντηση ερευνητικών ερωτημάτων.....	σελ.80
9.3Περιορισμοί μελέτης.....	σελ.85
9.4 Συμπεράσματα.....	σελ.86
9.5 Προτάσεις	σελ.88

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ.91

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....σελ.100

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1: Η μετανάστευση προς την Ελλάδα

1.1 Εισαγωγή

Τα τελευταία είκοσι χρόνια η Ελλάδα έχει γίνει προορισμός ανθρώπων διαφόρων εθνικοτήτων που αναζητούν ένα καλύτερο μέλλον είτε στην ίδια τη χώρα είτε σε κάποια χώρα της Ευρώπης (Sappountzis & Vikka, 2015).

Το 2004 έχει εκτιμηθεί ότι γύρω στους 1,150,000 μετανάστες ζουν στην Ελλάδα κάτι (Baldwin-Edwards, 2004). Σύμφωνα με την ίδια έρευνα (Baldwin-Edwards, 2004) οι περισσότεροι προέρχονται από τη γειτονική Αλβανία (περίπου 56% του πληθυσμού των μεταναστών) ενώ ένα σημαντικό ποσοστό αντιστοιχεί και στους ανθρώπους της πρώην Σοβιετικής Ένωσης (Baldwin-Edwards, 2004).

Ως αποτέλεσμα της μετανάστευσης προς την Ελλάδα, αποτελεί ο αυξημένος αριθμός μεταναστών που επικαλούνται τις υπηρεσίες υγείας. Το Ελληνικό σύστημα υγείας αλλά και η Ελληνική κοινωνία γενικότερα, ήρθαν αντιμέτωποι με τις προκλήσεις που ανακύπτουν από την πολυ-πολιτισμικότητα. Έπρεπε να πάρουν θέση απέναντι στην ανάγκη για μια κοινωνία ενταξιακή, δεκτική στην διαφορετικότητα, απαλλαγμένη από προκαταλήψεις, στερεότυπα και διακρίσεις. Έπρεπε να αναπτύξουν ένα μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης και συμπεριφοράς στον ασθενή που να απευθύνεται σε όλους ανεξαιρέτως, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες του καθενός ξεχωριστά ώστε, τελικά, να επιτευχθεί ο αιώτερος στόχος κάθε προγράμματος υγείας παρέχοντας ίσες ευκαιρίες στην πρόσβαση αλλά και στην περίθαλψη ανεξάρτητα από το πολιτισμικό – φυλετικό – θρησκευτικό – γλωσσικό υπόβαθρό τους.

Η εξελικτική πορεία των υπηρεσιών υγείας αλλά και της Ελληνικής κοινωνίας γενικότερα προς μια μορφή δημοκρατίας, ειρήνης, σεβασμού προς τον συνάνθρωπο, αλληλεγγύης διαφαίνεται, στην καλύτερη περίπτωση, αργή (Tomlinson, 1998). Σύμφωνα, μάλιστα, με το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τον Ρατσισμό και την Ξενοφοβία (European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia, 2005), στην Ελλάδα, η αντίσταση στην πολυ-πολιτισμικότητα αυξάνεται και, σήμερα, διαμορφώνεται σε επίπεδα πολύ πάνω των Ευρωπαϊκών μέσων τιμών. Για τον λόγο αυτό, οι μεταρρυθμίσεις του 2005 και 2007, είχαν στόχο την προαγωγή της πολυ-πολιτισμικότητας και της ομαλής προσαρμογής και κοινωνικής ένταξης των μεταναστών στην Ελληνική κοινωνία (Πανταζής, 2008). Παρόλ' αυτά, η Ελληνική

μεταναστευτική πολιτική εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται από την ουσιαστική απουσία μέτρων για την εξασφάλιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στους μετανάστες εργαζόμενους (Γεωργούλας 2001). Οι υπηρεσίες του κράτους λειτουργούν περισσότερο σε επίπεδο αστυνόμευσης και καταστολής και δεν υπάρχει συγκεκριμένη κοινωνική πολιτική για τους μετανάστες εργαζόμενους που βρίσκονται στην Ελλάδα (Πανταζής, 2008). Το Ελληνικό σύστημα υγείας αλλά και η Ελληνική κοινωνία έχουν, φαίνεται, πολύ δρόμο ακόμα να διανύσουν προκειμένου να μεταμορφωθούν σε αυτό που πραγματικά θα έπρεπε να είναι : το σημείο αναφοράς μιας ανοικτής κοινωνίας βασισμένης στην δημοκρατία, την ισονομία, τον σεβασμό και την αλληλεγγύη.

1.2 Ιστορική αναδρομή της μετανάστευσης στην Ελλάδα

Η μετανάστευση αποτελεί διεθνές φαινόμενο εδώ και αιώνες. Ιδιαίτερα από τον 20ό αιώνα και έπειτα, παρατηρείται έντονα αυξημένη μεταναστευτική κίνηση κυρίως λόγω των ανοικτών συνόρων και της διεθνοποίησης της αγοράς (Schepers et al, 2006). Η μετανάστευση δεν αφορά μόνο σε μετακίνηση εργατικού δυναμικού αλλά και σε μετακίνηση προσφύγων από μέρη όπου διεξάγονται εχθροπραξίες, σε μετακίνηση εποίκων (π.χ. εποίκιση Η.Π.Α), αλλά και σε μετακίνηση ανθρώπων που ζητούν άσυλο σε άλλες χώρες όπως π.χ. η Σουηδία ή οι Η.Π.Α (Schepers et al, 2006). Όσον αφορά στην Ελλάδα, η χώρα έχει αποτελέσει στο παρελθόν χώρα προέλευσης μεταναστών για πολλές χώρες του κόσμου, όπως η Αμερική και η Αυστραλία, ενώ από τη δεκαετία του 1980 και έπειτα μετατράπηκε σταδιακά σε χώρα υποδοχής μεταναστών (Baldwin-Edwards, 2002).

Η άφιξη εκατοντάδων χιλιάδων οικονομικών και πολιτικών μεταναστών και προσφύγων από τις Βαλκανικές χώρες, όπως και από χώρες του τρίτου κόσμου, στην αρχή με κατεύθυνση προς την υπόλοιπη Ευρώπη, στη συνέχεια με σαφή και εμφανή πρόθεση να εγκατασταθούν μόνιμα στην Ελλάδα, είχε ως αποτέλεσμα τη μεταβολή των εσωτερικών ισορροπιών και του κοινωνικού ισοζυγίου της χώρας μας (Κούρτοβικ 2001, όπως αναφέρεται στον Πανταζή, 2008). Η μεταβολή αυτή οδήγησε σε διεύρυνση του πολιτισμικού χάρτη της Ελλάδας, με αποτέλεσμα να γίνει από «μονοπολιτισμικός», «πολυπολιτισμικός» (Αθανασίου 2001, όπως αναφέρεται στον

Πανταζή, 2008).

Η ακριβής ποσοτική διάσταση των μεταναστευτικών ροών είναι δύσκολο να απεικονισθεί από τα επίσημα στοιχεία, επειδή οι περισσότεροι από τους μετανάστες που εισήλθαν στην Ελλάδα στη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 ήταν χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής. Αντίθετα, το μεταναστευτικό απόθεμα μπορεί να προκύψει από τα αποτελέσματα των απογραφών (Παπαδοπούλου 2006, όπως αναφέρεται στον Πανταζή, 2008). Έτσι, με βάση τα στοιχεία της απογραφής του 2001, σήμερα διαμένουν στην Ελλάδα περίπου 11 εκατομμύρια άνθρωποι (10.964.020) από τους οποίους 797.091 είναι μετανάστες, νόμιμοι και χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής. Σε αυτούς περιλαμβάνονται 47.000 πολίτες από άλλες χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Είναι προφανές ότι η δημογραφική ανάπτυξη της χώρας κατά την τελευταία δεκαετία οφείλεται εξ ολοκλήρου στην εισροή από τρίτες χώρες ξένων εργαζόμενων και των οικογενειών τους (Τριανταφυλλίδου 2005, στον Πανταζή, 2008).

Ο ξένος πληθυσμός εντάσσεται στην συντριπτική του πλειοψηφία (περίπου 80%) στο ηλικιακό φάσμα των 15-64 ετών, είναι δηλαδή δυνάμει οικονομικά ενεργός πληθυσμός. Σύμφωνα με τα στοιχεία της απογραφής του 2001, 90% των μεταναστών εργάζονται με σχέση εξαρτημένης εργασίας και μόνο 6,5% αυτό-απασχολούνται. Περίπου 25% των μεταναστών απασχολείται στις οικοδομές, 20% στις λεγόμενες 'άλλες υπηρεσίες', συνήθως δηλαδή σε οικιακές εργασίες, φροντίδα ηλικιωμένων και παιδιών, 17,5% στον αγροτικό τομέα και λίγο περισσότερο από το 15% σε τουριστικές και εμπορικές υπηρεσίες (Τριανταφυλλίδου 2005, όπως αναφέρεται στον Πανταζή, 2008).

Από τους 762.000 καταγεγραμμένους μετανάστες περισσότεροι από τους μισούς (438.000, 57% του συνόλου) είναι Αλβανοί πολίτες. Περίπου 1/3 των Αλβανών εργάζονται στις οικοδομές και 20% στον αγροτικό τομέα. Δεύτερη πολυπληθέστερη ομάδα είναι οι Βούλγαροι με 35.000 καταγεγραμμένους. Ένα τρίτο των Βουλγάρων πολιτών εργάζεται στον αγροτικό τομέα ενώ άλλο ένα τρίτο περίπου (29%) στις οικιακές και άλλες υπηρεσίες. Μετά την Βουλγαρία ακολουθούν οι ακόλουθες εθνικότητες: Γεωργία, Ρουμανία (με περίπου 20.000 άτομα η καθεμία), Ρωσική Ομοσπονδία (17.500), Ουκρανία, Πακιστάν και Ινδία (με λίγο περισσότερους από 10.000 εγγεγραμμένους η καθεμία) και Πολωνία (13.000).

Στην Ελλάδα κατοικούν λοιπόν σήμερα περίπου ένα εκατομμύριο μετανάστες

(συμπεριλαμβανόμενων και των ομογενών), που αντιστοιχούν στο 9% περίπου του συνολικού πληθυσμού και σε περισσότερο από το 12% της εργατικής δύναμης της χώρας (Τριανταφυλλίδου 2005, όπως αναφέρεται στον Πανταζή, 2008).

Δεδομένου των παραπάνω, στις 23 Αυγούστου 2005 ψηφίσθηκε ο νόμος 3386/2005 που ρυθμίζει θέματα μετανάστευσης και ενσωματώνει τις Οδηγίες 2003/86/EK (σχετικά με το δικαίωμα της οικογενειακής επανένωσης) και 2003/109/EK (σχετικά με το καθεστώς των επί μακρώς διαμενόντων). Ο νόμος περιλαμβάνει πρόγραμμα νομιμοποίησης των χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής μεταναστών (άρθρο 91) και ρυθμίζει θέματα εισόδου και διαμονής και κοινωνικής ένταξης στη χώρα των υπηκόων τρίτων χωρών. Τα άρθρα 65 και 66 εισάγουν ένα Ολοκληρωμένο Πρόγραμμα Δράσης για την κοινωνική ένταξη των μεταναστών με βάση το σεβασμό των θεμελιωδών δικαιωμάτων τους και με σκοπό την επιτυχή ένταξη τους στην ελληνική κοινωνία με έμφαση στους εξής τομείς: πιστοποιημένη γνώση της ελληνικής γλώσσας, παρακολούθηση εισαγωγικών μαθημάτων ιστορίας, πολιτισμού και τρόπου ζωής της ελληνικής κοινωνίας, ένταξη στην ελληνική αγορά εργασίας και ενεργό κοινωνική συμμετοχή (Τριανταφυλλίδου 2005, στο Πανταζή, 2008).

Στις 12 Νοεμβρίου 2007 δόθηκε στη δημοσιότητα από το υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης (ΥΠΕΣΔΔΑ), το «Ολοκληρωμένο Πρόγραμμα Δράσης για την ομαλή προσαρμογή και κοινωνική ένταξη των υπηκόων τρίτων χωρών που διαμένουν στην Ελληνική Επικράτεια», με την επωνυμία «Πρόγραμμα ΕΣΤΙΑ». Η ολοκλήρωση του Προγράμματος συνδυάζεται και με την ίδρυση Γενικής Διεύθυνσης Μεταναστευτικής Πολιτικής και Κοινωνικής Ένταξης στο υπουργείο Εσωτερικών. Αρμοδιότητές της θα είναι η συμμετοχή της στο σχεδιασμό της πολιτικής σε θέματα κοινωνικής ένταξης υπηκόων τρίτων χωρών - ομογενών και λοιπών ευπαθών κοινωνικών ομάδων. Το Πρόγραμμα «ΕΣΤΙΑ, αποσκοπεί στην εμπέδωση της κοινωνικής συνοχής, μέσα από την αναγνώριση της διαφορετικότητας και τον πλήρη σεβασμό των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου» (ΥΠΕΣΔΔΑ).

Στην Ελλάδα, η συμμόρφωση με τον στόχο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO) του 2000 σύμφωνα με τον οποίο κάθε χώρα οφείλει να εξασφαλίζει την ίση πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για όλους, αλλά κυρίως για τις 'εθνικές μειονότητες' που μπορεί να διαμένουν εντός των συνόρων της, ανεξάρτητα από την θέση τους στην κοινωνία φαίνεται να υλοποιείται – ως ένα βαθμό – θεσμικά αλλά σε καμία

περίπτωση δεν έχει γίνει συνείδηση της κοινωνίας και καθιερωμένη πολιτική – πρακτική των λειτουργιών υγείας. Αν κανείς αναλογιστεί ότι τα προγράμματα ένταξης μεταναστών συναρτώνται με προγράμματα εκμάθησης της Ελληνικής γλώσσας, παρακολούθησης εισαγωγικών μαθημάτων ιστορίας, πολιτισμού και τρόπου ζωής της ελληνικής κοινωνίας εκ μέρους των μεταναστών αλλά και προγραμμάτων ένταξης στην ελληνική αγορά και κοινωνία (Πανταζής, 2008), αντιλαμβάνεται ότι το Ελληνικό κράτος θεωρεί ότι η ένταξη των μεταναστών συναρτάται από το βαθμό που αυτοί αντιλαμβάνονται κατ' ελάχιστο, τα ήθη και τα έθιμα και τον τρόπο επικοινωνίας στην χώρα-υποδοχέα. Αυτό, αν και δεν πρωτοτυπεί σε σχέση με την οπτική γωνία (π.χ. Καταλονία, πρβλ. Terraza-Nunez et al, 2011), εντούτοις ρίχνει όλη την ευθύνη της ένταξης στους μετανάστες, στο πιο αδύναμο κομμάτι της κοινωνίας. Η Ελληνική πολιτεία πρέπει να αντιληφθεί ότι η ένταξη είναι μια αμφίδρομη διαδικασία και ότι η κατανόηση και ο σεβασμός της διαφορετικότητας είναι θεμελιώδες στοιχείο οποιασδήποτε δημοκρατικά δομημένης κοινωνίας.

Συμπερασματικά θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η σύγχρονη Ελλάδα περιλαμβάνει ένα «μωσαϊκό μεταναστών» που προέρχονται από χώρες διαφορετικού πολιτισμικού, ιστορικού, πολιτικού και κοινωνικού επιπέδου. Η Ελλάδα, ως χώρα υποδοχής μεταναστών, καλείται πλέον να αλλάξει κοινωνική, θρησκευτική και κυρίως εκπαιδευτική πολιτική και να αναγνωρίσει τα προβλήματα και αιτήματα των ανθρώπων από άλλες εθνοτικές - πολιτισμικές ομάδες που ζουν σε αυτή, με στόχο την ομαλότερη ένταξη αυτών στην κοινωνία και την αρμονική συμβίωση με το γηγενή πληθυσμό (Πανταζής, 2008).

Κεφάλαιο 2: Θεσμικό - νομικό πλαίσιο που διέπει την προσβασιμότητα στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας

2.1 Νέος νόμος

Ο νόμος 4071/2012 ενσωματώνει την Οδηγία 2009/50/EK που αναφέρεται στις προϋποθέσεις εισόδου και διαμονής των πολιτών τρίτων χωρών με σκοπό την απασχόληση υψηλής ειδίκευσης. Με την ενσωμάτωση της Οδηγίας 2009/50/EK στην ελληνική νομοθεσία, πραγματοποιήθηκε ένα σημαντικό βήμα για την προσέλκυση υψηλά εξειδικευμένων πολιτών τρίτων χωρών στην ελληνική αγορά εργασίας, αφού παρέχει πιο ευνοϊκούς όρους από την προηγούμενη μεταναστευτική νομοθεσία. Μέχρι στιγμής όμως δεν έχει εκδοθεί καμία «μπλε κάρτα», επειδή ο νόμος 4071/2012 που ενσωμάτωσε την σχετική Οδηγία στην ελληνική νομοθεσία είναι πολύ πρόσφατος. Αναμένεται βέβαια και η έκδοση Κοινής Υπουργικής Απόφασης του άρθρου 27 του Ν. 4071/2012, που θα καθορίζει τον ανώτατο αριθμό θέσεων για εργασία υψηλής ειδίκευσης που χορηγούνται σε πολίτες τρίτων χωρών ανά Περιφέρεια και ειδικότητα απασχόλησης και θα δημιουργήσει ένα χρήσιμο υπόβαθρο για την έναρξη εφαρμογής ποιοτικής επιλεκτικής μεταναστευτικής πολιτικής, όταν βέβαια οι συνθήκες το επιτρέψουν. (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:155:0017:0029:EL:PDF> και <http://www.opengov.gr/types/wp-content/uploads/downloads/2012/04/nomos-4071.pdf>)

2.2 Εγκύκλιος υγειονομικής περίθαλψης μεταναστών

Η εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εστιάζει στις «Διευκρινήσεις σχετικά με την πρόσβαση στο σύστημα ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης της χώρας σε μετανάστες και ανασφάλιστους». Όστε να πραγματοποιηθεί έλεγχος, περιορισμός και εξορθολογισμός των δαπανών στα Δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας, λόγω του ότι δεχόμαστε στην χώρα ένα αρκετά μεγάλο κύμα μεταναστών.

Πιο αναλυτικά, οι προϋποθέσεις, τα κριτήρια και οι διαδικασίες πρόσβασης στο σύστημα ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης της Ελλάδας για τους ανασφάλιστους και οικονομικά αδύνατους πολίτες, τόσο για τους Έλληνες όσο και για τους μετανάστες είναι:

1. Η Διεθνής σύμβαση περί της νομικής κατάστασης των προσφύγων, κατά το άρθρο 1, ορίζει ότι ο μετανάστης είναι το πρόσωπο το οποίο “συνέπεια δικαιολογημένου φόβου διώξεως λόγω φυλής, θρησκείας, κοινωνικής τάξεως ή πολιτικών πεποιθήσεων ευρίσκεται εκτός χώρας, της οποίας έχει την υπηκοότητα και δεν δύναται ή λόγω του φόβου τούτου δεν επιθυμεί να απολαύσει την προστασία της χώρας αυτής”.
2. Η κύρωση πολυμερούς σύμβασης νομικής κατάστασης προσφύγων με το άρθρο 23, ορίζει ότι η Ελλάδα είναι υποχρεωμένη να παρέχει στους νόμιμα διαμένοντες πρόσφυγες την ίδια ακριβώς μεταχείριση που δίνει στους πολίτες της χώρας της, όσον αφορά στην πρόνοια και στην συνδρομή που παρέχει το Δημόσιο.
3. Η Διοικητική υπαγωγή και λειτουργία του υφιστάμενου στο Λαύριο Αττικής Κέντρου Προσφύγων και κοινωνική προστασία των αναγνωρισμένων προσφύγων, των αιτούντων άσυλο και των παραμενόντων για ανθρωπιστικούς λόγους με το άρθρο 15, λέει ότι η ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται δωρεάν σε μετανάστες που βρίσκονται στην Ελλάδα με την προϋπόθεση ότι είναι οικονομικά αδύνατοι και ανασφάλιστοι και ανήκουν σε μία από τις παρακάτω κατηγορίες:
 - i. Είναι αναγνωρισμένοι ως πρόσφυγες από τις κατάλληλες αρμόδιες αρχές.
 - ii. Έχουν καταθέσει αίτηση για αναγνώριση της προσφυγικής ιδιότητας όπου βρίσκεται στο στάδιο που εξετάζεται από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης.
 - iii. Έχει εγκριθεί η παραμονή τους στην χώρα για ανθρωπιστικούς λόγους ή έχει ορισθεί προθεσμία η οποία δεν έχει πραγματοποιηθεί.
4. Το άρθρο 29 από το Προεδρικό Διάταγμα του 2008, αναφέρει ότι «οι δικαιούχοι του καθεστώτος διεθνούς προστασίας», πιο συγκεκριμένα όσα πρόσωπα έχουν αναγνωρισθεί από τις αρμόδιες ελληνικές αρχές, είτε ως πρόσφυγες είτε ως δικαιούχοι επικουρικής προστασίας, «έχουν πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη με τους όρους που έχουν για τους Έλληνες πολίτες».
5. Σύμφωνα με το άρθρο 28 του Προεδρικού Διατάγματος του 2010 ορίζει πως

«τα δικαιώματα των αιτούντων, στους οποίους έχει χορηγηθεί καθεστώς παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους εξομοιώνονται με αυτά των δικαιούχων επικουρικής προστασίας».

6. Το άρθρο 14 του Προεδρικού Διατάγματος του 2007, λέει ότι στους αιτούντες άσυλο μετανάστες «παρέχεται δωρεάν η απαραίτητη ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, με την προϋπόθεση ότι είναι ανασφάλιστοι και οικονομικά αδύναμοι». Οι κατηγορίες των εν λόγω μεταναστών είναι οι ακόλουθες:
 - i. Οι αναγνωρισμένοι πρόσφυγες
 - ii. Οι αιτούντες άσυλο μετανάστες
 - iii. Οι δικαιούχοι επικουρικής προστασίας και
 - iv. Οι υπαχθέντες στο καθεστώς προστασίας για ανθρωπιστικούς λόγους

Το μόνο απαραίτητο δικαιολογητικό για την συγκεκριμένη παροχή είναι για κάθε μία από τις παρακάτω κατηγορίες αντίστοιχα:

1. Η «άδεια παραμονής μετανάστη», καθώς και η «άδεια παραμονής μελών οικογενείας μετανάστη», που να είναι διάρκειας 5 ετών.
2. Το «δελτίο αιτήσαντος άσυλο μετανάστη ή σχετικό» υπηρεσιακό σημείωμα ή κάποιο άλλο αποδεικτικό στοιχείο που να έχει εκδοθεί από τις αρμόδιες υπηρεσίες, από το οποίο προκύπτει η υποβολή του αιτήματος ασύλου.
3. Η «άδεια παραμονής μετανάστη» ή «ειδικό δελτίο υπό ανοχή μετανάστη που δεν έχει αναγνωρισθεί ως πρόσφυγας», διετούς διάρκειας.

Πιο αναλυτικά, η ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει τα εξής:

1. Εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία των κρατικών νοσοκομείων, των κέντρων υγείας και των κρατικών περιφερειακών ιατρείων και διενέργεια παρακλινικών, ιατρικών και εργαστηριακών εξετάσεων.

2. Παροχή φαρμάκων με συνταγή ιατρού υπηρετούντος στα ιδρύματα του προηγούμενου εδαφίου, θεωρημένη από το Διευθυντή της κλινικής.

Επίσης, η νοσοκομειακή περίθαλψη ισχύει για νοσηλεία μόνο σε κλινική της Γ΄ θέσεως των κρατικών νοσοκομείων.

Τα Προεδρικά Διατάγματα του 1999 και του 2007, σε συνδυασμό με τα Προεδρικά Διατάγματα του 2008 και του 2010, κατανοώντας, την ευάλωτη κατάσταση που έχουν οι πρόσφυγες, προέβλεψαν δωρεάν ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη κυρίως για όσους μετανάστες είναι οικονομικά ασθενέστεροι, χωρίς όμως στην πράξη να υπάρχουν προϋποθέσεις οικονομικού χαρακτήρα.

Τέλος, οι δημόσιες υπηρεσίες, τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης, οι οργανισμοί και οι επιχειρήσεις κοινής ωφελείας και οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης δεν είναι υποχρεωμένοι να παρέχουν καμία από τις υπηρεσίες τους σε υπηκόους τρίτης χώρας, οι οποίοι δεν έχουν διαβατήριο ή άλλο ταξιδιωτικό έγγραφο που να αναγνωρίζεται από διεθνείς συμβάσεις, θεώρηση εισόδου ή άδεια διαμονής και γενικά δεν αποδεικνύουν πως έχουν εισέλθει και διαμένουν μόνιμα στην χώρα μας. Με εξαίρεση βέβαια τα νοσοκομεία, θεραπευτήρια και κλινικές, όταν αφορά υπηκόους τρίτων χωρών που εισάγονται εκτάκτως για νοσηλεία αλλά και για παιδιά ανήλικα, ασυνόδευτα ή μη, για τα οποία σε κάθε περίπτωση και ανεξάρτητα από το νομικό τους καθεστώς και γενικά την έλλειψη νομίμων εγγράφων πρέπει να διασφαλίζεται η απρόσκοπτη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Κεφάλαιο 3: Δικαιώματα μεταναστών στην Ελλάδα

3.1 Δικαιώματα μεταναστών (γενικά)

Στο πλαίσιο της συζήτησης για τα δικαιώματα των εργαζομένων μεταναστών, η Διεθνής Αμνηστία με Δημόσια Δήλωση (22 Δεκεμβρίου 2012) υπενθυμίζει στις αρχές της Ελλάδας τις υποχρεώσεις τους ως προς τα ανθρώπινα δικαιώματα των μεταναστών και τους καλεί να διασφαλίσουν ότι οι εθνικές διαδικασίες για τη χορήγηση άδειας εργασίας και παραμονής σε μετανάστες είναι σύμφωνες με το διεθνές δίκαιο ανθρωπίνων δικαιωμάτων και τα διεθνή πρότυπα (Amnesty International, (2012).

Σύμφωνα με την Διεθνή Αμνηστία, όλοι οι μετανάστες, ανεξαρτήτου φύλου, ηλικίας, χώρας προέλευσης κλπ, έχουν ανθρώπινα δικαιώματα, τα οποία θα πρέπει να τηρούνται και να γίνονται σεβαστά. Η καταπάτησή τους αποτελεί αίτιο για δίωξη. Τα ελάχιστα πρότυπα που πρέπει να εγγυώνται τα Κράτη, περιλαμβάνουν προστασία από τα βασανιστήρια και την απάνθρωπη ή εξευτελιστική συμπεριφορά, την προστασία από τη δουλεία και την εξαναγκαστική εργασία, το σεβασμό του δικαιώματος στην αίτηση ασύλου και στη μη-επαναπροώθηση, τα δικαιώματα στην απασχόληση, όπως είναι οι δίκαιοι μισθοί, οι εύλογες συνθήκες εργασίας και η πρόσβαση σε ένδικο μέσα για την προάσπιση δικαιωμάτων, καθώς και το δικαίωμα στην εκπαίδευση για όλα τα παιδιά (Amnesty International, (2012).

Τα Κράτη πρέπει να διαθέτουν μόνιμους μηχανισμούς που θα εξετάζουν αιτήσεις ατομικά και με βάση τα στοιχεία της κάθε ατομικής υπόθεσης και το νόμο όπως εφαρμόζεται σε αυτά τα στοιχεία. Κατά την εξέταση των αιτήσεων, το δικαίωμα του κάθε μετανάστη στην ιδιωτική και οικογενειακή ζωή πρέπει να αποτελεί έναν από τους κύριους παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη, και να εξετάζεται, επίσης, σε σχέση με τη διάρκεια παραμονής του στη χώρα. Συγκεκριμένα, η επανένωση οικογενειών χρειάζεται να αποτελεί κεντρικό παράγοντα, κατά την εξέταση αιτημάτων παράτυπων γονέων. (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32008L0115&from=EL>)

Τα Κράτη οφείλουν να αναπτύξουν μια περιεκτική μεταναστευτική πολιτική, η οποία, θα αναλύει λεπτομερώς τις διαδικασίες και τις προϋποθέσεις για τη χορήγηση άδειας

εργασίας και παραμονής σε μετανάστες. (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32008L0115&from=EL>)

Οι πολιτικές νομιμοποίησης πρέπει να σχεδιάζονται με τέτοιον τρόπο, ώστε να μην οδηγούν σε μελλοντικό παράτυπο καθεστώς, για παράδειγμα, μέσα από υπερβολικά αυστηρά προαπαιτούμενα ή παραθυράκια. Για παράδειγμα, όταν παραχωρούνται ή ανανεώνονται άδειες παραμονής και εργασίας, πρέπει αυτές να εκδίδονται ταυτόχρονα, ώστε να αποφεύγεται το να τίθενται άτομα σε παράτυπο καθεστώς. (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32008L0115&from=EL>)

Εάν υιοθετούνται προγράμματα ad hoc νομιμοποίησης για μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα χαρμονής, οι διαδικασίες πρέπει να είναι δίκαιες και διαφανείς και να σέβονται τις υποχρεώσεις ως προς τα ανθρώπινα δικαιώματα, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος της προστασίας από διακρίσεις. Όσον αφορά τις διαδικασίες αιτήσεων, πρέπει να παρέχεται σαφής και αναλυτική ενημέρωση. (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32008L0115&from=EL>)

Εάν σχετικές αιτήσεις απορρίπτονται, οποιαδήποτε απόφαση για απέλαση πρέπει να είναι σύμφωνη με το διεθνές δίκαιο ανθρωπίνων δικαιωμάτων και τα διεθνή πρότυπα, ιδίως, με την αρχή της μη-επαναπροώθησης, το δικαίωμα στην ιδιωτική και οικογενειακή ζωή και το δικαίωμα σε αποτελεσματικό ένδικο μέσο. (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32008L0115&from=EL>)

Επιπλέον, το διεθνές και το ευρωπαϊκό δίκαιο για τα ανθρώπινα δικαιώματα υποχρεώνουν τα κράτη μέλη της ΕΕ να εγγυώνται τον σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων όλων των προσώπων που βρίσκονται εντός της επικράτειάς τους, συμπεριλαμβανομένων των παράτυπων μεταναστών.

Τα άρθρα 1, 14, 31, 35 και 47 του Χάρτη των θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα οποία υπάγονται στα κεφάλαια «Αξιοπρέπεια», «Ελευθερίες», «Αλληλεγγύη» και «Δικαιοσύνη», διασφαλίζουν το δικαίωμα στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, στην εκπαίδευση, σε δίκαιες και πρόσφορες συνθήκες εργασίας, στην προστασία της υγείας και στο δικαίωμα αποτελεσματικής προσφυγής στη δικαιοσύνη (http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_el.pdf).

Παρότι τα κράτη μέλη δεν έχουν καμία υποχρέωση να επεκτείνουν στους μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής το σύστημα κοινωνικών παροχών τους, οφείλουν να διασφαλίζουν τον σεβασμό των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους. Αυτά περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων τη πρόσβαση:

1. στις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας, δηλαδή τις υπηρεσίες επείγουσας και βασικής υγειονομικής περίθαλψης, όπως είναι η δυνατότητα εξέτασης από γιατρό και η παροχή των απαραίτητων φαρμάκων. Εκτενέστερη αναφορά θα γίνει στη συνέχεια.
2. στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για τις εγκύους και για τα παιδιά και επιπλέον για αυτά την πρόσβαση στην παιδεία σε ισότιμη βάση με τους ημεδαπούς.
3. στη δικαιοσύνη – μέσω μηχανισμού που επιτρέπει σε άτομα να υποβάλλουν καταγγελίες και να δικαιώνονται. Συγκεκριμένα, οι μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής που υφίστανται σωματική κακοποίηση ή τραυματισμό στον χώρο εργασίας ή δεν πληρώνονται για την εργασία που παρέχουν αντιμετωπίζουν αρκετά εμπόδια στη διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους ενώπιον των δικαστηρίων, με αποτέλεσμα ο νόμος να λειτουργεί λιγότερο αποτρεπτικά για τους εργοδότες και οι μετανάστες να καθίστανται πιο εύαλωτοι σε κρούσματα εκμετάλλευσης.
(http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_el.pdf)

Τα κράτη-μέλη πρέπει επίσης να διασφαλίσουν τη λειτουργία αποτελεσματικών μηχανισμών που θα επιτρέπουν στους μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής να υποβάλλουν καταγγελίες σε βάρος των εργοδοτών τους με βάση τις διατάξεις της οδηγίας περί επιβολής κυρώσεων στους εργοδότες (οδηγία 2009/52).

4. στην εκπαίδευση. Τα παιδιά μεταναστών χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής ενδέχεται να μη μπορούν να εγγραφούν στη δωρεάν πρωτοβάθμια εκπαίδευση επειδή αδυνατούν να προσκομίσουν τα επίσημα έγγραφα που απαιτούνται, όπως είναι η έγκυρη άδεια παραμονής, η ληξιαρχική πράξη γέννησης ή το ιατρικό ιστορικό.

Σύμφωνα με το άρθρο 28 της σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα του παιδιού, όλα τα παιδιά πρέπει να έχουν δωρεάν πρόσβαση στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση (<http://www.0-18.gr/gia-megaloyds/dsdp>).

Σε ορισμένες περιπτώσεις οι μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής δεν επιτρέπεται να απελαθούν για νομικούς ή πρακτικούς λόγους. Συχνά όμως, τα πρόσωπα αυτά δεν υπάγονται σε επίσημο νομικό καθεστώς με αποτέλεσμα να αποκλείεται επί σειρά ετών η πρόσβασή τους στην εργασία ή σε βασικές υπηρεσίες. (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32008L0115&from=EL>).

Η αξιολόγηση και αναθεώρηση της Ευρωπαϊκής Οδηγίας περί της Επιστροφής το 2014, αποτελεί ευκαιρία για τη θέσπιση τροποποιήσεων οι οποίες θα διασφαλίζουν τον σεβασμό των βασικών δικαιωμάτων των ατόμων που δεν μπορούν να απελαθούν. Πρέπει να τεθούν σε ισχύ μηχανισμοί, είτε σε επίπεδο ΕΕ είτε σε επίπεδο κράτους μέλους, οι οποίοι θα προβλέπουν νομικό καθεστώς σε πρόσωπα που τελούν υπό μακροχρόνια «ομηρία» λόγω νομικών κενών και θα τους επιτρέπουν να ασκούν τα δικαιώματά τους (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32008L0115&from=EL>).

3.2 Δικαίωμα στην περίθαλψη

3.2.1 Ορισμοί της Υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) όρισε το 1946 την υγεία ως την πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία, και όχι απλά την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. Αργότερα, στις αρχές της δεκαετίας του 1970, ο Cochrane μαζί με συνεργάτες του έδωσαν το κίνητρο να διερευνηθεί ξανά ο ορισμός της υγείας και με αυτόν τον τρόπο απέδειξαν ότι σε 16 ευρωπαϊκές χώρες οι δείκτες θνησιμότητας σχετίζονταν αρνητικά με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Cochrane S.H., O'Hara, D.J., Lesli J. (1980).

Ακόμη, παρατήρησαν ότι σε χώρες με αναπτυγμένα υγειονομικά συστήματα υπήρχαν υψηλοί δείκτες θνησιμότητας και ότι η υγεία σχετίζεται θετικά με το περιβάλλον, ενώ επηρεάζεται από τη βιολογική βάση του ατόμου.

(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf)

Η έννοια της υγείας μπορεί να αποδοθεί ως το άθροισμα όλων αυτών των συστημάτων ή των παραμέτρων. Οι παράμετροι ταξινομούνται σε τέσσερις κατηγορίες που επιδρούν και διαμορφώνουν τις βασικές διαστάσεις της υγείας: τους ευρύτερους περιβαλλοντικούς, τους κοινωνικοοικονομικούς και υπηρεσίες υγείας (10-20%), τους βιολογικούς παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία (20%), και την ανθρώπινη συμπεριφορά (40-20%). Τέλος, η κατανόηση της δράσης αυτών των παραγόντων, καθώς και του τρόπου αλληλεπίδρασης τους, διευκολύνει τη διαμόρφωση μιας σύγχρονης ολιστικής αντίληψης για την υγεία. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf)

3.2.2 Πρόσβαση μεταναστών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας

Η ίση πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας αποτελεί ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα (Scheppers et al, 2006). Παρά τους διάφορους ορισμούς που έχουν δοθεί κατά καιρούς, είναι κοινώς αποδεκτό ότι η υγεία αποτελεί –ή θα έπρεπε να αποτελεί– κοινωνικό δικαίωμα όλων των ανθρώπων. Το κράτος προσφέρει υπηρεσίες υγείας με σκοπό την επίκλησή τους από πολίτες που έχουν ανάγκη αυτών των υπηρεσιών. Πλήθος διαταγμάτων και επίσημων κειμένων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας καθορίζουν την προστασία του δικαιώματος για υγεία. Στο άρθρο 5 παρ. 2 του Συντάγματος αναφέρεται ότι «όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων». Με αυτό τον τρόπο κατοχυρώνεται το δικαίωμα παροχής ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης. Παρόλ' αυτά, μελέτες έχουν καταδείξει ότι άνθρωποι ευπαθών ομάδων (π.χ. άστεγοι), υφίστανται άνιση πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (Priebe κ.ά, 2011).

Δικαιούχοι των κοινωνικών δικαιωμάτων της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας είναι κατά κανόνα οι Έλληνες πολίτες (άρθρ. 21 παρ. 3 Σ.), ενώ η υποχρέωση του Κράτους να μεριμνά για την κοινωνική ασφάλιση καλύπτει όλους τους εργαζομένους (άρθρ. 22 παρ. 5 Σ.). Δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση και σε συγκεκριμένες προνοιακές παροχές απονέμεται βάσει νόμου στους μόνιμα και νόμιμα διαμένοντες

στην ελληνική επικράτεια μετανάστες (βλ. άρθρ. 71 παρ. 2 ν. 3386/2005, άρθρ. 12 παρ. 1 στοιχ. δ ΠΔ 150/2006). Για τους μετανάστες νόμιμα ευρισκόμενους στην Ελλάδα, η εγκύκλιος προβλέπει ότι για την παροχή νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης απαιτείται βιβλιάριο υγείας.

Η πραγματικότητα για μετανάστες δίχως άδεια παραμονής και εργασίας και κατ' επέκταση ανασφάλιστους είναι διαφοροποιημένη. Όπως αναφέρει ο Halliday (2006:141, όπως αναφέρεται στις Κυριακίδου και Παπαδοπούλου, 2009), «τα άτομα αυτά, ευρισκόμενα στο περιθώριο, δέχονται τον κοινωνικό αποκλεισμό σε επίπεδο υγείας και πρόνοιας, καθώς οι μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής, σύμφωνα με απόψεις και πεποιθήσεις πολλών αποτελούν τον «κίνδυνο» για την διατήρηση της δομής και της ισορροπίας της κοινωνίας μας» (Κυριακίδου και Παπαδοπούλου, 2009).

Σύμφωνα με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας στη χώρα, απαγορεύεται η χορήγηση περίθαλψης σε μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής. Για τους ανεπίσημους μετανάστες που ζουν στην Ελλάδα, παρέχονται οι απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες αποκλειστικά και μόνο εάν πρόκειται για επείγοντα περιστατικά και μέχρι να σταθεροποιηθεί η κατάσταση της υγείας τους. Εάν το περιστατικό δεν κριθεί επείγον, οι μετανάστες αυτής της κατηγορίας δεν θα γίνονται δεκτοί (άρθρο 51 § 1 του Νόμου 2910/2001), σύμφωνα με το οποίο όλες οι δημόσιες υπηρεσίες υποχρεούνται να μην συναλλάσσονται με ανεπίσημους μετανάστες πλην των νοσοκομείων, θεραπευτηρίων και κλινικών ή σε περίπτωση ανήλικων παιδιών) αλλά θα πρέπει να ειδοποιούνται άμεσα οι αρμόδιες αστυνομικές αρχές για τις περαιτέρω νόμιμες συνέπειες (Κυριακίδου και Παπαδοπούλου, 2009). Όσον αφορά στην χορήγηση φαρμάκων, αυτά δίνονται μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Δικαιούχοι είναι μόνο οι: α) ασθενείς που έχουν ήδη νοσηλευτεί στο νοσοκομείο κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις, β) ασθενείς με βιβλιάριο οικονομικής αδυναμίας, άρα μόνο έλληνες πολίτες και ομογενείς και γ) πολιτικοί πρόσφυγες (Boijas, 2003: 935, όπως αναφέρεται στις Κυριακίδου και Παπαδοπούλου, 2009).

Κεφάλαιο 4: Το φαινόμενο κοινωνικού αποκλεισμού και η μετανάστευση

4.1 Έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού

Από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας προκύπτει ότι δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς τον ορισμό του κοινωνικού αποκλεισμού. Παρά τις επιμέρους διαφορές, οι περισσότεροι ορισμοί συσχετίζονται με έναν αριθμό θεμάτων όπως η ανεργία, οι ανεπαρκείς δεξιότητες, το χαμηλό εισόδημα, η ακατάλληλη κατοικία κλπ. Παρότι οι ρίζες του κοινωνικού αποκλεισμού βρίσκονται πολύ βαθιά μέσα στους αιώνες, ο όρος κοινωνικός αποκλεισμός χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στη Γαλλία το 1974 και αναφερόταν στις κατηγορίες των πολιτών που ήταν απροστάτευτοι από την κοινωνική ασφάλιση και προστασία (Παπασταμάτης, 2010). Ο κοινωνικός αποκλεισμός αναφέρεται στη ρήξη των κοινωνικών δεσμών, όπου τα άτομα ή ομάδες είναι ολοκληρωτικά ή μερικά αποκλεισμένα από τη συνολική συμμετοχή στην κοινωνία μέσα στην οποία ζουν (Τσιάκαλος, 1998, European Foundation, 1995).

Στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο όρος «κοινωνικός αποκλεισμός» έχει λάβει κυρίαρχη θέση στη συζήτηση για τις κοινωνικές ανισότητες και την κοινωνική πολιτική. Το Παρατηρητήριο της Κοινότητας ορίζει προσωρινά τον κοινωνικό αποκλεισμό σε σχέση με τα κοινωνικά δικαιώματα των πολιτών, τα οποία αναφέρονται στο δικαίωμα των ατόμων να συμμετέχουν σε κοινωνικούς πόρους και κοινωνικές παροχές, έτσι ώστε να έχουν ένα ορισμένο επίπεδο και ποιότητα διαβίωσης και να ζουν με τρόπο σύμφωνο με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια (Commision, 1993). Στα έγγραφα της Επιτροπής γίνεται συχνή αναφορά στη μείωση της κοινωνικής συνοχής και της κοινωνικής αλληλεγγύης και στην ανάγκη της επανενσωμάτωσης των κοινωνικά αποκλεισμένων στην κοινωνία (Commision, 1992, 1993, 1995, 1998).

Στο σύγχρονο κοινωνικό πλαίσιο, επομένως, η κατανόηση της έννοιας του κοινωνικού αποκλεισμού προϋποθέτει τη διευκρίνιση της ιδιότητας του πολίτη, η οποία εξισώνει τυπικά όλους τους πολίτες σε ό,τι αφορά στο δικαίωμα πρόσβασης σε κάθε είδους κοινωνικό αγαθό, με την έννοια ότι αποσυνδέει τη διεκδίκηση ενός κοινωνικού αγαθού από ιδιότητες, όπως π.χ. το φύλο, την κοινωνική τάξη και τη φυλή. Με τον τρόπο αυτό, η σύγχρονη έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού

προϋποθέτει καταρχήν την εξομοίωση των πολιτών ως προς το δικαίωμα της διεκδίκησης και όχι ως προς την τύχη της διεκδικητικής προσπάθειας (Γκότοβος, 2007).

4.2 Αίτια κοινωνικού αποκλεισμού

Ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι μία έννοια η οποία έχει μελετηθεί εκτενώς σε διεθνές επίπεδο. Αναπόσπαστο κομμάτι της μελέτης του είναι ο προσδιορισμός των αιτιών στα οποία οφείλεται το φαινόμενο.

Ένα πρώτο αίτιο του κοινωνικού αποκλεισμού είναι η οικονομική και βιομηχανική αναδιάρθρωση. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 άρχισαν να γίνονται ιδιαίτερα αισθητές σε πολλές χώρες του κόσμου, όπως και στην Ελλάδα, οι συνέπειες της μακρόχρονης οικονομικής κρίσης, οι οποίες οδηγούσαν μεγάλο αριθμό πολιτών στην περιθωριοποίηση (Κατσούλης, 2005). Η αναδιάρθρωση αυτή, παρότι προσέφερε πολλές ευκαιρίες για ορισμένους ανθρώπους, για το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού -και ειδικότερα για τα άτομα με χαμηλά επίπεδα εξειδίκευσης- σήμαινε αύξηση της εργασιακής ανασφάλειας και της αβεβαιότητας. Αποτέλεσμα των διαρθρωτικών αυτών αλλαγών ήταν η αύξηση της ανεργίας, οι αλλαγές των αποδοχών και η εμφάνιση νέων ευέλικτων μορφών εργασίας, οι οποίες ενίσχυσαν την ανασφάλεια (Καβουνίδα, 2002).

Ένα δεύτερο αίτιο είναι η μετανάστευση χιλιάδων ανθρώπων από τις Ανατολικές χώρες. Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, με την πτώση του κομμουνιστικού καθεστώτος και την κατάρρευση των ανατολικών χωρών, επήλθε εισροή ενός μεγάλου αριθμού πολιτικών και οικονομικών προσφύγων στη χώρα μας, οξύνοντας τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα κοινωνικού αποκλεισμού (Κατσούλης, 2005).

Ένα τρίτο αίτιο είναι η μεταβολή των άτυπων διαπροσωπικών δικτύων. Στην Ελλάδα, ο ρόλος του Κράτους Πρόνοιας δεν ήταν ιδιαίτερα ενισχυμένος και μέχρι πρόσφατα τον αντικαθιστούσαν ορισμένες πρωτογενείς παραδοσιακές δομές (οικογένεια-κοινότητα-αλληλεγγύη). Μέχρι τη στιγμή εκείνη, οι δομές αυτές προσέφεραν οικονομική ενίσχυση, στέγαση, ψυχολογική στήριξη, σίτιση, κλπ, και είχαν αποτρέψει την έντονη εμφάνιση του κοινωνικού αποκλεισμού. Μετά την έξαρση του φαινομένου, και σε συνάρτηση με τις κοινωνικές αλλαγές (π.χ. αλλαγές στον τύπο της

οικογένειας, στις νέες απαιτήσεις της κοινωνίας, στην είσοδο της γυναίκας στην αγορά εργασίας, και στους σύγχρονους ρυθμούς ζωής, ως αποτέλεσμα της αστικοποίησης και της εκβιομηχάνισης), τα διαπροσωπικά δίκτυα και ο ρόλος που αυτά είχαν στη στήριξη ατόμων με αυξημένες ανάγκες, άρχισαν να συρρικνώνονται. Αποτέλεσμα αυτού ήταν να καταφανεί η ανεπάρκεια των παραδοσιακών δομών και του Κράτους Πρόνοιας στην παροχή κοινωνικής προστασίας, με τις ομάδες των ατόμων με ιδιαίτερες ανάγκες να βιώνουν περισσότερο έντονα τις επιπτώσεις των αλλαγών αυτών (Καβουνίδη, 2002).

4.3 Κοινωνικός αποκλεισμός ευπαθών ομάδων πληθυσμού στο τομέα της υγείας

Ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι ένα φαινόμενο πολυσύνθετο και πολυδιάστατο, με σοβαρές συνέπειες σε όλες τις ομάδες του πληθυσμού, και ειδικότερα στις λεγόμενες ευπαθείς ομάδες, οι οποίοι στερούνται βασικά αγαθά και υπηρεσίες. Ως κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες αναφέρονται ενδεικτικά οι εξής (Κατσούλης, 2005):

1. Παλιννοστούντες αλλοδαποί
2. Ξένο εργατικό δυναμικό
3. Άτομα με αναπηρία
4. Τοξικομανείς- αποφυλακισμένοι
5. Τσιγγάνοι
6. Πολιτικοί πρόσφυγες

Τα άτομα αυτά αποκλείονται συστηματικά από βασικούς τομείς της καθημερινής ζωής, όπως η στέγαση, η εργασία, η εκπαίδευση, η υγεία και η πρόσβαση σε υπηρεσίες (Καραντινός, Δ., Μαράτου-Αλιπραντή, Λ. κ.ά (2005)

4.3.1 Η πραγματική κατάσταση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας

Σύμφωνα με τους Γιατρούς του Κόσμου: “αυτοί που είναι ευάλωτοι γίνονται ολοένα και περισσότερο όχι μόνο σε σχέση με την δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, αλλά και σε σχέση με άλλους παράγοντες υγείας όπως ο βαθμός του κοινωνικού αποκλεισμού, η εκπαίδευση, η στέγαση και οι συνθήκες ζωής, η ποιότητα της διατροφής, ο κίνδυνος να είναι θύματα βίας”. Το 2012 ήταν το έτος που σηματοδεύτηκε από κοινωνική και οικονομική κρίση με τα εκτεταμένα μέτρα λιτότητας τα οποία είχαν σοβαρό αντίκτυπο στα προγράμματα κοινωνικής προστασίας όπως οι υπηρεσίες υγείας. Την ίδια στιγμή, η αύξηση της ανεργίας αλλά και της φτώχειας σε όλη την Ευρώπη στιγμάτισε τις ευπαθείς ομάδες της κοινωνίας που έχασαν το δικαίωμα στην πρόσβαση ακόμα και στις βασικές υπηρεσίες υγείας που μέχρι τότε απολάμβαναν (Γιατροί του Κόσμου, 2013)(<http://www.medecinsdumonde.org/content/download/14828/174643/file/PDF+BD+Report>)

Στην Ελλάδα, η κατάσταση στις υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα μετά την κρίση του 2012, είναι εξαιρετικά δυσχερής. Τόσο οι γενικότερες ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, που δεν καλύπτονται, όσο και οι ελλείψεις σε φάρμακα και ιατρικό εξοπλισμό δυσχεραίνουν την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών όχι μόνο στους μετανάστες ασθενείς, αλλά και στο σύνολο του πληθυσμού, με σημαντικές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία (Καψάλης, 2004).

Επίσης, οποιοσδήποτε πολίτης δεν διαθέτει ασφάλεια είναι υποχρεωμένος να πληρώσει για τη χρήση υγειονομικών υπηρεσιών, με αποτέλεσμα οι ανασφάλιστοι μετανάστες να παραγκωνίζονται ή να αποκλείονται από την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Μάλιστα, η διαδικασία απόκτησης ασφάλειας είναι ιδιαίτερα περίπλοκη και χρονοβόρα και απαιτεί τη συγκέντρωση μεγάλου αριθμού αποδεικτικών εγγράφων, όπως το πιστοποιητικό διαμονής, το ετήσιο εκκαθαριστικό σημείωμα της αρμόδιας οικονομικής υπηρεσίας κλπ. (Καψάλης, 2004).

Ακόμη, η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν επιπλέον ανασταλτικό παράγοντα, καθώς μεγάλος αριθμός μεταναστών διαμένει σε αγροτικές, ημιαστικές ή και απομακρυσμένες περιοχές, μην έχοντας τη δυνατότητα μετακίνησης και χρήσης

των υπηρεσιών υγείας (Καψάλης, 2004).

Επιπρόσθετα, παρατηρείται μια γενικότερη άγνοια εκ μέρους του ιατρικού, νοσηλευτικού, αλλά και διοικητικού προσωπικού όσον αφορά τους σχετικούς νόμους και οδηγίες που ισχύουν σε περιπτώσεις μεταναστών, και κυρίως όσων δεν έχουν νόμιμα έγγραφα παραμονής και ανασφάλιστων, με αποτέλεσμα την έντονη απασχόληση του προσωπικού του στην προσπάθειά του να διακινήσει αποτελεσματικά τους ασθενείς (Καψάλης, 2004).

4.3.2 Οι επιπτώσεις στην υγεία των μεταναστών που βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό

Σύμφωνα με μια συστηματική ανασκόπηση στη βιβλιογραφία για τις μεταναστευτικές υγειονομικές τάσεις, οι μετανάστες δεν επιδεικνύουν απαραίτητα χειρότερα επίπεδα υγείας σε σχέση με τους γηγενείς, αλλά γενικά έχουν την τάση να εμφανίζουν μειονεκτικό προφίλ παραγόντων κινδύνου. Πράγματι, πολλές μελέτες έχουν αποκαλύψει μια σχετική «πλεονεκτική θνησιμότητα» σε σχέση με τις ασθένειες που αφθονούν ανάμεσα σε μετανάστες, σε σύγκριση με τους μη-μετανάστες (Mladovsky, 2007).

Παρόλα αυτά, η επίδραση αυτή φαίνεται να χάνεται με την πάροδο του χρόνου και τις μεταγενέστερες γενιές, καθώς οι μετανάστες αφομοιώνονται πολιτισμικά στους λιγότερο υγιεινούς τρόπους ζωής των πληθυσμών στη χώρα υποδοχής. Επιπλέον, για πολλά άλλα αίτια θνησιμότητας και νοσηρότητας, οι μετανάστες βρίσκονται σε σχετικό μειονέκτημα. Αυτό ισχύει για πολλές μεταδοτικές ασθένειες, ατυχήματα, τραυματισμούς και βία. Επίσης, κάποιες μελέτες υποδηλώνουν ότι οι μετανάστες βιώνουν συγκεκριμένα προβλήματα υγείας τα οποία σχετίζονται ιδιαίτερα με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία (Mladovsky, 2007).

Έτσι, η μεταναστευτική διαδικασία έχει ως αποτέλεσμα ποικίλες αλλαγές στη ζωή ενός ατόμου και πολλαπλές επιδράσεις στην υγεία και την ευημερία του. Η υγεία των μεταναστών συνδέεται αρνητικά με το άγχος για το νέο ξεκίνημα, την προσαρμογή σε μια νέα κουλτούρα και γλώσσα και τις συνακόλουθες αλλαγές σε οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο. Οι παράγοντες που έχουν συσχετιστεί κυρίως με την κακή υγεία των μεταναστών είναι η επιβλαβής εργασία και οι συνθήκες διαβίωσης ως

αποτέλεσμα της χαμηλής επαγγελματικής τους θέσης, η μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας, η έλλειψη ασφάλισης υγείας και η χαμηλή πιθανότητα αναζήτησης ιατρικής και προληπτικής φροντίδας. Σταδιακά, οι μετανάστες παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για κακή υγεία, χρόνιες παθήσεις και αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας (Κούτρα και συν., 2010).

4.4 Επαγγελματίες υγείας και ρατσισμός

Ως μέρος του κοινωνικού συνόλου, οι επαγγελματίες υγείας ενσωματώνουν μέχρι ενός βαθμού την περιρρέουσα ατμόσφαιρα του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος στην αναπτυξιακή τους πορεία. Για το λόγο αυτό, κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους, μέσα από τη γνώση, την εμπειρία και την προσωπική διεργασία βιωμάτων και συναισθημάτων, καλούνται να αποκτήσουν σταδιακά επίγνωση των στάσεων και των συμπεριφορών τους απέναντι στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες και να απαλλαγούν από πιθανές προκαταλήψεις και στερεότυπα εις βάρος αυτών. Η ευαισθητοποίηση στην πρακτική κατά των διακρίσεων σε σχέση με την καταγωγή, τη φυλή, τη θρησκεία, την κοινωνική τάξη, την αναπηρία και άλλες μορφές διαφορετικότητας, αποτελεί μια ευρύτερη διεργασία επαγγελματικής στάσης, αξιών, γνώσεων και δεξιοτήτων (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2006).

Μέσα από την ευαισθητοποίηση αυτή, και σε συνδυασμό με τη διευκρίνιση και γνώση ορισμένων όρων, το σεβασμό και τη γνώση της ιστορίας, τη παράδοση, τη δομή και λειτουργία της οικογένειας και της κοινωνίας κάθε εθνοτικής ομάδας, και τη συνακόλουθη προσαρμογή τεχνικών και δεξιοτήτων στις ιδιαιτερότητές της, δομείται σταδιακά η σωστή στάση και πρακτική προς την πολυπολιτισμικότητα. Η αλληλοδιαπλοκή και ο αλληλοεπηρεασμός μεταξύ των διαφόρων πολιτισμών, σταδιακά αναμένεται να διαμορφώσει νοοτροπίες, στάσεις, τρόπο ζωής, σκέψης και συμπεριφοράς (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2006).

Σαν αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας, πληθυσμιακές ομάδες όπως οι πρόσφυγες και οι μετανάστες αναμένεται ότι δεν θα θεωρούνται πλέον ότι «δέχονται» μόνο προστασία και άσυλο από τις χώρες υποδοχής, αλλά «δίνουν» επίσης κάποια από τα χαρακτηριστικά της δικής τους κουλτούρας, αφυπνίζουν συνειδήσεις, ευαισθητοποιούν αργά αλλά σταθερά κάποιες ομάδες του πληθυσμού της χώρας

υποδοχής. Αυτή η διαδικασία είναι αργή αλλά σταθερή, διαμορφώνει ένα παγκόσμιο πολυπολιτισμικό περιβάλλον, όπου ο «ξένος» θα έχει περισσότερες ευκαιρίες για αποτελεσματική υποστήριξη και επανένταξη στο νέο του περιβάλλον (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2006).

4.5 Αντιμετώπιση ρατσισμού από τους επαγγελματίες υγείας

Όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας, οι βάσεις για την αντιμετώπιση του ρατσισμού τίθενται στη διαδικασία της εκπαίδευσης και έχουν ως στόχο τη διαπολιτισμική ευαισθητοποίηση. Δύο μοντέλα τα οποία θεωρούνται ιδιαίτερα αποτελεσματικά είναι τα εξής (Ποτουρίδου και Προκοπίου, 2007):

1. Η ολοκληρωμένη διδασκαλία, στην οποία διαπολιτισμικές έννοιες υπεισέρχονται σε όλα τα μαθήματα. Το μοντέλο αυτό λειτουργεί μέχρι ενός βαθμού προληπτικά, εφόσον εισαχθεί και στην πρωτοβάθμια και στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Καλύπτει δηλαδή κάποια μορφή ευαισθητοποίησης για τις μελλοντικές γενιές.
2. Η ξεχωριστή διδασκαλία μαθημάτων που αναφέρονται στις εθνοτικές ομάδες, τον κοινωνικό αποκλεισμό και τη συνακόλουθη ευαισθητοποίηση στην πολυπολιτισμικότητα. Και στις δυο περιπτώσεις, αναλύονται έννοιες διαπολιτισμικής συμβουλευτικής, και ιδιαίτερα η επαγγελματική σχέση, η συνέντευξη μέσω διερμηνέα, ειδικές δεξιότητες παρέμβασης, η μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση.

Ταυτόχρονα, στην επαγγελματική πράξη σκόπιμο είναι να προσλαμβάνονται μεταξύ άλλων επαγγελματίες-μέλη των εθνοτικών ομάδων, οι οποίοι έχουν προσωπική γνώση και βιώματα της δικής τους εθνοτικής κουλτούρας. Με αυτόν τον τρόπο, απαλείφονται οι δυσκολίες που ήδη αναφέρθηκαν για τον επαγγελματία/ειδικό που ανήκει στην κυρίαρχη κουλτούρα.

Τα τελευταία χρόνια, πολλές διαπολιτισμικές οργανώσεις προσλαμβάνουν τους λεγόμενους «διαπολιτισμικούς μεσολαβητές ή κοινωνικούς βοηθούς». Πρόκειται για εκπαιδευμένα άτομα, μη επαγγελματίες, που ανήκουν στην εθνοτική ομάδα, συνεργάζονται με τους επαγγελματίες και αποτελούν το συνδετικό κρίκο μεταξύ των

μελών της εθνοτικής ομάδας και του δικτύου των κοινωνικών/ιατρικών οργανώσεων της κυρίαρχης κουλτούρας (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2006).

Οι επαγγελματίες υγείας είναι απαραίτητο να διακατέχονται από αισθήματα αλληλεγγύης, δημοκρατίας και ισονομίας ώστε να μπορούν να είναι σε θέση να προσφέρουν στο κοινωνικό σύνολο τις υπηρεσίες για τις οποίες εκπαιδεύτηκαν. Ο ρατσισμός και η υγεία είναι δύο έννοιες αντικρουόμενες. Δεν νοείται γιατρός να αρνείται να παράσχει τις υπηρεσίες του σε ασθενή και ιδιαίτερα για λόγους ξενοφοβίας ή ρατσισμού. Οι οποιοσδήποτε άμεσες ή έμμεσες προκαταλήψεις μπορεί να υπάρχουν, θα πρέπει να ελέγχονται και να περιορίζονται ώστε η ιατρική φροντίδα που παρέχεται να διασφαλίζει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα (Ansell κ.ά, 2015).

Κεφάλαιο 5 : Απόψεις επαγγελματιών υγείας για τη παροχή υπηρεσιών στους μετανάστες

5.1 Απόψεις επαγγελματιών υγείας για ασθενείς με διαφορετική προέλευση

5.1.1 Μελέτες στην Ελλάδα

Είναι εμφανές έως σήμερα ότι η μαζική εισροή μεταναστών στη χώρα μας έχει αντίκτυπο στη καθημερινή ζωή, συμπεριλαμβανομένης της υγείας, με αποτέλεσμα η κατάλληλη εκπαίδευση και κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας να κρίνεται απαραίτητη. Σε πολλές χώρες του εξωτερικού, όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και η Αγγλία, στις οποίες το φαινόμενο της μετανάστευσης αποτελεί πραγματικότητα εδώ και πολλές δεκαετίες, υπάρχει έντονος προβληματισμός σχετικά με τον τρόπο προσέγγισης πολιτισμικά ιδιόμορφων πληθυσμών, προκειμένου να υπάρξει συμβατότητα με τα νέα οικουμενικά πρότυπα. Αρκετές μελέτες αναφέρονται στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες στο χώρο της υγείας και στην αρνητική επίδραση πάνω στην ποιότητα ζωής των πληθυσμών με διαφορετική πολιτισμική προέλευση (Μανομενίδης, 2009).

Όσον αφορά στην ελληνική βιβλιογραφία, οι σχετικές μελέτες για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες έχουν επικεντρωθεί κυρίως στην απλή περιγραφή του προβλήματος και τη συνακόλουθη δημογραφική αλλαγή, χωρίς να εστιάζουν στα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ευπαθείς κοινωνικές ομάδες. Για το λόγο αυτό, προκύπτει έντονα η ανάγκη για πολιτισμική προσέγγιση των υγειονομικών προβλημάτων των ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Οι διαφορετικές αντιλήψεις των μειονοτικών πληθυσμών για τις έννοιες της υγείας και της νόσου, καθώς και τα προβλήματα στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας είναι μερικές μόνο από τις αιτίες ενός μεγάλου προβλήματος, που απασχολεί έντονα διεθνείς οργανισμούς, κυβερνήσεις και επαγγελματίες υγείας. Η καταγραφή των απόψεων και των πεποιθήσεων του νοσηλευτικού προσωπικού για τους πληθυσμούς διαφορετικής πολιτισμικής κουλτούρας είναι ιδιαίτερα χρήσιμες για τη χάραξη στρατηγικών και για την εφαρμογή αποτελεσματικών πολιτικών στην παροχή φροντίδας (Μανομενίδης, 2009).

Στην έρευνα των Ποτουρίδου και Προκοπίου (2007) σε 120 επαγγελματίες υγείας στα νοσοκομεία «Ιπποκράτειο» και «Παπαγεωργίου» της Θεσσαλονίκης, οι

συμμετέχοντες/ουσες δήλωσαν μεταξύ άλλων ότι οι μετανάστες ασθενείς υφίστανται ρατσιστική συμπεριφορά σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι γηγενείς. Παρότι το 40% αυτών θεωρεί ότι οι δημόσιοι χώροι και υπηρεσίες είναι αρκετά ανοιχτοί σε μετανάστες, το 75% δήλωσε ότι οι μετανάστες αντιμετωπίζονται πολύ λίγο ισότιμα σε σχέση με άλλες ομάδες του πληθυσμού και το 83% ότι η εκμετάλλευση των Ελλήνων απέναντι στους οικονομικούς μετανάστες είναι πάρα πολύ μεγάλη. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η συνεργασία των επαγγελματιών υγείας είναι απαραίτητη, ώστε αποφάσεις που αφορούν στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψή της ασθένειας να λαμβάνονται με σεβασμό στο πολιτισμικό πλαίσιο και τις ιδιόμορφες ανάγκες υγείας του κάθε πληθυσμού (Ποτουρίδου Δ. και Προκοπίου Αικ. (2007)).

Η έρευνα του Μανομενίδη (2009) σε νοσηλευτικό προσωπικό σε νοσοκομεία της Δυτικής Μακεδονίας έδειξε ότι είναι αρκετά εξοικειωμένο με τους πληθυσμούς διαφορετικής πολιτισμικής και εθνικής προέλευσης, καθώς περίπου ο ένας στους δύο δήλωσε ότι γνωρίζει αρκετά καλά τα κοινωνικοπολιτισμικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Εντύπωση προκαλεί το εύρημα ότι πολλοί συμμετέχοντες θεωρούν ότι δε γίνονται διακρίσεις σε βάρος των ασθενών εξαιτίας της διαφορετικής εθνικότητάς τους, ενώ έχουν αντιληφθεί ρατσιστική συμπεριφορά και διαχωρισμό των ασθενών εξαιτίας της ενδοπολιτισμικής τους διαφορετικότητας (π.χ. αθίγγανοι) (Μανομενίδης, Γ. (2009)).

Ακόμη, εντύπωση προκαλεί το εύρημα ότι το 90,7% των συμμετεχόντων/ουσών δήλωσε ιδιαίτερα ικανό να προσεγγίζει και να παρέχει φροντίδα με σεβασμό και ευαισθησία στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των μειονοτικών πληθυσμών, ενώ το 54,2% δήλωσε αρκετά άνετο να εργάζεται μαζί με επαγγελματίες υγείας διαφορετικής πολιτισμικής κουλτούρας. Επιπρόσθετα, οι επαγγελματίες υγείας που ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ ή ΑΤΕΙ φάνηκαν ιδιαίτερα ικανοί στο να εφαρμόσουν ένα ευαίσθητο πολιτισμικά πρόγραμμα εκπαίδευσης και συμβουλευτικής, σε αντίθεση με το βοηθητικό προσωπικό Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (Μανομενίδης, Γ. (2009)).

Παρόλα αυτά, το 53,5% δήλωσε ότι αντιμετωπίζει μεγάλη δυσκολία στη χρήση μη λεκτικών εκφράσεων και χειρονομιών, γεγονός που δημιουργεί σημαντικό πρόβλημα στην αποτελεσματική επικοινωνία με ομάδες διαφορετικής κουλτούρας. Καταληκτικά, όλοι οι συμμετέχοντες/ουσες, ανεξαρτήτως επιπέδου εκπαίδευσης,

τόνισαν τη σημασία και την αναγκαιότητα επιπλέον εκπαίδευσης στη διαπολιτισμική νοσηλευτική φροντίδα (Μανομενίδης, Γ. (2009)).

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Καλαφάτη και Παϊκοπούλου (2011) έγινε φανερό ότι οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν αρκετούς φραγμούς κατά την παροχή φροντίδας σε άτομα διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης και τις οικογένειές τους, για αυτό και θεωρούν απαραίτητη την κατάλληλη εκπαίδευση και υποστήριξη. Καταρχάς, οι επαγγελματίες υγείας συναντούν σοβαρά έως και ανυπέρβλητα εμπόδια στη λεκτική και μη-λεκτική επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, καθώς διαφέρουν στη γλώσσα και την έκφραση, με αποτέλεσμα να συναντούν προβλήματα στην ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων και τον τρόπο έκφρασης των συναισθημάτων τους (Καλαφάτη Μαρία, Παϊκοπούλου Δήμητρα, (2011).

Επιπλέον, πολλοί επαγγελματίες υγείας δεν έχουν γνώση των πολιτισμικών πρακτικών και πιστεύω των ασθενών τους, ενώ πολλές φορές τα πιστεύω των θεραπευτών διαφέρουν από αυτά των ασθενών. Συγκεκριμένα, όσοι επαγγελματίες υγείας έχουν την άποψη ότι οι ασθενείς και οι οικογένειές τους θα αντιδράσουν όπως οι ίδιοι σε θέματα, όπως π.χ. στη λήψη αποφάσεων, την αυτονομία και τον αυτοπροσδιορισμό του ασθενούς (π.χ. εντολή μη ανάνηψης, δωρεά οργάνων), αλλά και σε πιο πρακτικά ζητήματα, όπως την τεχνητή διατροφή και τη χορήγηση υγρών, το θάνατο, την περιθανάτια φροντίδα και το θρήνο, τότε είναι πιο πιθανόν να αντιμετωπίσουν με δυσαρέσκεια τη διαφορετική από την αναμενόμενη αντίδραση των ασθενών και να μην μπορούν να τη διαχειριστούν (Καλαφάτη Μ., Παϊκοπούλου Δ., (2011).

Επιπλέον, πολλοί επαγγελματίες, θεωρούν ότι οι περισσότερες υπηρεσίες και υποδομές έχουν δημιουργηθεί χωρίς να λάβουν υπόψη τους την πολιτισμική ποικιλότητα. Οι περιορισμοί στο προσωπικό ή το υλικό παρακωλύουν την ικανότητα της υπηρεσίας να προσαρμόσει την παροχή φροντίδας σε πολιτισμικά διαφορετικούς πληθυσμούς. Οι ερευνήτριες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να αποκτήσουν γνώσεις, δεξιότητες και πρακτικές για να προσφέρουν φροντίδα με σεβασμό στην κουλτούρα του άλλου, με οικουμενική αντίληψη και φιλοσοφία, αλλά ταυτόχρονα διατηρώντας τη δική τους πολιτισμική και επαγγελματική ταυτότητα (Καλαφάτη Μ., Παϊκοπούλου Δ. (2011).

5.1.2 Μελέτες στη Καταλονία

Η Ισπανία έχει γίνει πρόσφατα χώρα υποδοχής μεταναστών, οι οποίοι από 2,5% του συνολικού πληθυσμού το 2001 έφτασαν σε ποσοστό 12,2% το 2009. Ιδιαίτερα σε ορισμένες περιοχές, όπως η Καταλονία, το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 16%, με αποτέλεσμα τη μεταβολή των αναγκών για παροχή υγειονομικής φροντίδας. Μία πολύ ενδιαφέρουσα ερευνητική και περιγραφική μελέτη διεξήχθη από τους Terraza-Nunez, Vasquez, Vargas και Lizana (2011) με στόχο τη διερεύνηση των στάσεων και συμπεριφορών των επαγγελματιών υγείας ως προς την παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε μετανάστες σε πέντε περιοχές της Καταλονίας (Terraza-Nunez, R, Vazquez L., κ.ά, (2011).

Όπως έδειξαν τα αποτελέσματα, η ανάγκη παροχής υγειονομικής φροντίδας σε μετανάστες δημιουργεί στους περισσότερους επαγγελματίες υγείας συναισθήματα ενόχλησης, υπερφόρτωσης και εξάντλησης, καθώς και δυσφορίας, εκνευρισμού και ανησυχίας. Ενώ κάποιοι συμμετέχοντες/ουσες απέδωσαν τα συναισθήματα αυτά στην αύξηση του μεγέθους του πληθυσμού που χρειάζεται να εξυπηρετηθεί, άλλοι τα συσχέτισαν με επιμέρους προβλήματα που ανακύπτουν κατά τη φροντίδα των μεταναστών, όπως ο περισσότερος χρόνος που χρειάζεται ανά επίσκεψη, η αβεβαιότητα σχετικά με τα αποτελέσματα, η αύξηση των διαγνωστικών εξετάσεων λόγω της αβεβαιότητας, οι παρεμβολές κατά την εκτέλεση των καθηκόντων. Επιπλέον, κάποιοι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν την παροχή φροντίδας σε μετανάστες ως επαγγελματική πρόκληση (Terraza-Nunez, R, Vazquez L., et al (2011).

Πέραν τούτων, από την έρευνα αναδείχθηκαν συγκεκριμένες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας κατά την παροχή φροντίδας σε μετανάστες. Οι κυριότερες αποδόθηκαν στα προβλήματα επικοινωνίας, στους πληθυσμούς των μεταναστών και στο σύστημα υγειονομικής φροντίδας. (Terraza-Nunez, R, Vazquez L., κ.ά (2011).

5.1.3 Μελέτες στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Σε πρόσφατη έρευνα των Kluge et al. (2012) διερευνήθηκαν οι τρόποι με τους οποίους αντιμετωπίζονται οι μετανάστες από το σύστημα υγείας 16 Ευρωπαϊκών χωρών, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Συγκεκριμένα μελετήθηκε ο αριθμός των γιατρών που προέρχονται από οικογένειες μεταναστών και εργάζονται σε Ευρωπαϊκά κέντρα υγείας, η χρήση υπηρεσιών μετάφρασης και η συλλογή στοιχείων σχετικά με την επίκληση των υπηρεσιών υγείας εκ μέρους των μεταναστών. Από την έρευνα αυτή διαφάνηκε ότι ειδικά η Ελλάδα – η μόνη από τις 16 Ευρωπαϊκές χώρες που μελετήθηκαν – δεν διαθέτει υπηρεσίες μετάφρασης σε κανένα επίπεδο ή τμήμα υγειονομικής φροντίδας και ότι η συλλογή δεδομένων για την χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες ήταν περιστασιακή. Η παντελής έλλειψη μεταφραστικών υπηρεσιών στις μονάδες υγείας ίσως να μπορεί να αποδοθεί στις μειωμένες χρηματοδοτήσεις του συστήματος υγείας (Kluge U, Bogic M, Deville W, et al. (2012).

Διαφάνηκε ότι για την Ελλάδα, οι περισσότεροι μετανάστες επικαλούνται τις υπηρεσίες υγείας στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων ενώ το ποσοστό των μεταναστών που αναζητούν υπηρεσίες Ψυχικής – Ψυχολογικής υποστήριξης είναι αυξημένο σε σχέση με τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας ακόμα κι αν η πρόνοια για μεταφραστικές υπηρεσίες απουσιάζει παντελώς. Επιπλέον, η συσχέτιση ασθενούς και θεράποντα ιατρού τουλάχιστον αναφορικά με την εθνότητα ή την καταγωγή είναι δευτερεύουσας σημασίας και δεν απασχολεί τις περισσότερες υπηρεσίες υγείας (Kluge U, Bogic M, Deville W, et al. (2012).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η συγκεκριμένη έρευνα ανέδειξε τον προβληματισμό του εάν η αύξηση του αριθμού του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού που προέρχεται από άλλες χώρες πλην της Ελλάδας και εργάζεται στις μονάδες υγείας, θα μπορούσε αφενός να βελτιώσει τις υπηρεσίες υγείας προς τους μετανάστες αλλά και να καθιερώσει μια πολυ-πολιτισμικότητα στον χώρο της υγείας τέτοια που να διευκόλυνε την ένταξη των μεταναστών στον πληθυσμό των ασθενών και να άμβλυne τις όποιες μονοπολιτισμικές αντιλήψεις μπορεί να ενυπάρχουν σε μέρος του ενεργού προσωπικού (Kluge U, Bogic M, Deville W, et al. (2012).

5.2 Πιθανά εμπόδια στην χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών ανάμεσα σε εθνικές μειονότητες

5.2.1 Πιθανά εμπόδια σε επίπεδο ασθενή-ιατρού

Στην ενδιαφέρουσα έρευνα των Priebe et al. (2011) μελετήθηκαν οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την προσφορά υπηρεσιών σε μετανάστες, από 16 Ευρωπαϊκές χώρες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Αν και στην συγκεκριμένη έρευνα δεν έγινε επιμερισμός των αποτελεσμάτων ανά χώρα, διαφάνηκαν συγκεκριμένα προβλήματα σε επίπεδο ασθενή-ιατρού, τα οποία μπορούν να συνοψιστούν στα παρακάτω:

1. Δυσκολίες στην επικοινωνία: Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας κατά την παροχή φροντίδας σε μετανάστες είναι αναμφισβήτητα η επικοινωνία. Τα προβλήματα αυτά σχετίζονται καταρχάς με τη γλώσσα. Δεύτερον, τα προβλήματα αποδίδονται σε κοινωνικο-πολιτισμικά εμπόδια, εξαιτίας των υψηλών ποσοστών αναλφαβητισμού, που παρεμποδίζει τη χρήση γραπτού υλικού, αλλά και σε επιμέρους πολιτισμικούς παράγοντες, όπως οι ρόλοι των δύο φύλων (για παράδειγμα, σε ορισμένους πολιτισμούς απαγορεύεται ένας άντρας να απευθύνει το λόγο στη γυναίκα κάποιου άλλου). Επιπλέον, ακόμα κι αν υπάρχουν μεταφραστικές υπηρεσίες στην διάθεση των ασθενών – ιατρών (αυτό, σε κάποιες περιπτώσεις δεν προτιμάται για λόγους ιατρικού απορρήτου), η επικοινωνία γίνεται δύσκολα λόγω της διαφορετικής αντίληψης για την υγεία, την πάθηση αλλά και την λειτουργία του ανθρώπινου σώματος. Μάλιστα, σε περιπτώσεις που τον ρόλο του μεταφραστή επωμίζεται ένα μέλος της οικογένειας του ασθενούς τα πράγματα περιπλέκονται όχι μόνο γιατί μπορεί η μετάφραση να εμπεριέχει κάποια ακούσια ή εκούσια λογοκρισία αλλά γιατί ο άνθρωπος που μεταφράζει περνά από το δικό του πρίσμα τα λεγόμενα του ασθενούς κάτι που προσθέτει αβεβαιότητα στην ασφάλεια της πληροφορίας.
2. Δυσκολίες που απορρέουν από την μεταναστευτική κατάσταση του ασθενούς : Στις περιπτώσεις που οι ασθενείς είναι μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα

παραμονής υπάρχει πρόβλημα εάν οι ασθενείς αυτοί χρειαστούν κάποια αγωγή υγείας και, λόγω φόβου απέλασης από τη χώρα, δεν εμφανιστούν ξανά στο συγκεκριμένο υγειονομικό κέντρο. Επιπλέον, οι ιατροί έρχονται αντιμέτωποι με τη νομοθεσία που, στις περισσότερες περιπτώσεις, δεν καλύπτει τους μη νόμιμα διαμένοντες μετανάστες. Από ηθικής σκοπιάς πρέπει να παράσχουν περίθαλψη ενώ από νομικής όχι.

3. Δυσκολίες που προκύπτουν από τον κοινωνικό αποκλεισμό και τις τραυματικές εμπειρίες : Οι ιατροί που έρχονται σε επαφή με μετανάστες, σε πολλές περιπτώσεις πρέπει να αντιμετωπίσουν όχι μόνο το όποιο πρόβλημα υγείας μπορεί να έχουν αλλά και τα προβλήματα που απορρέουν από την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Όταν οι μετανάστες ασθενείς δεν έχουν χρήματα να αγοράσουν φάρμακα, όταν δεν έχουν τη δυνατότητα εύκολης μετακίνησης από και προς το κέντρο υγείας, όταν δεν διαθέτουν τους οικονομικούς πόρους για να αιτηθούν υγειονομικών υπηρεσιών, όταν δεν μπορούν να διασφαλίσουν την πιστή τήρηση των ιατρικών γνωματεύσεων – συστάσεων λόγω του κοινωνικού αποκλεισμού που βιώνουν συστηματικά, η επίλυση προβλημάτων υγείας έρχεται σε δεύτερη μοίρα από αυτή των κοινωνικο-οικονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν.
4. Έλλειψη εξοικείωσης με το υπάρχον υγειονομικό σύστημα: Η έλλειψη εξοικείωσης με το υπάρχον υγειονομικό σύστημα είναι καίριας σημασίας στην αντίληψη που έχουν οι μετανάστες για τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να επικαλούνται τις υπηρεσίες του. Σε πολλές περιπτώσεις, η επίκληση των υπηρεσιών των τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών είναι πολύ πιο εύκολη μια που είναι άμεση και προφανής. Σε πολλές περιπτώσεις οι μετανάστες δεν γνώριζαν καν για την ύπαρξη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας ενώ σε πολλές περιπτώσεις δεν αντιλαμβάνονταν την ανάγκη επανεξέτασης.
5. Δυσκολίες που προκύπτουν από την κατανόηση της ασθένειας και του τρόπου αντιμετώπισής της : Σε πολλές περιπτώσεις, ο τρόπος με τον οποίο περιγράφεται στον ιατρό η ασθένεια, είναι τέτοιος που καθιστά δύσκολη τη διάγνωση. Η αιτιολογία τα συμπτώματα, και ο πόνος περιγράφονται με

διαφορετικό τρόπο, κάτι που αυξάνει το ενδεχόμενο παρεξήγησης και λανθασμένης διάγνωσης.

6. Δυσκολίες που προκύπτουν από πολιτισμικές διαφορές : Τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά πολλές φορές δυσχεραίνουν την διαδικασία της ιατρικής εξέτασης μια που μπορεί να παραβιάσουν τους θρησκευτικούς περιορισμούς ή τα πολιτισμικά ταμπού. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα ασθενούς που αρνήθηκε να βγάλει τη μούρκα κατά τη διάρκεια του τοκετού. Αυτό, για κάποιους ιατρούς, είναι απαράδεκτο. Σε άλλες περιπτώσεις, οι πολιτισμικές διαφοροποιήσεις μπορεί να αποτρέπουν τους ασθενείς από το να μοιραστούν με τον ιατρό ευαίσθητες πληροφορίες ή να αποτρέπουν του ασθενείς από το να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες του συστήματος υγείας ελλείψει π.χ. ιατρού του ίδιου φύλου με τον/την ασθενή.
7. Δυσκολίες που απορρέουν από τον τρόπο που το σύστημα υγείας λειτουργεί ή από την συμπεριφορά των ιατρών – προσωπικού: Σε κάποιες περιπτώσεις παρατηρείται έλλειψη εμπιστοσύνης μεταξύ των ασθενών και των ιατρών, ιδιαίτερα όταν οι τελευταίοι προέρχονται από χώρες οι οποίες είχαν εμπλακεί σε εχθροπραξίες με τη χώρα καταγωγής του ασθενούς. Σε άλλες περιπτώσεις, ο χειρισμός της διάγνωσης και η άμεση γνωστοποίηση της πάθησης μπορεί να αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα στην συνεργασία ασθενή – ιατρού. Σε πολλές, όμως περιπτώσεις, οι μετανάστες αισθάνονται ότι το σύστημα υγείας δεν τους συμπεριφέρεται σωστά. Ότι τους συμπεριφέρεται με ψυχρότητα, με αγένεια, με έλλειψη σεβασμού. Αυτά είναι ιδιαίτερα σημαντικά στοιχεία που δυσχεραίνουν την επικοινωνία ασθενή – ιατρού αλλά και την επιθυμία επίκλησης υπηρεσιών υγείας από τον ασθενή.
8. Δυσκολίες που προκύπτουν από την έλλειψη ιατρικού ιστορικού: Ιδιαίτερα στους μετανάστες με μη νόμιμη άδεια παραμονής, η έλλειψη ιατρικού ιστορικού είναι σημαντικό πρόβλημα για τους θεράποντες ιατρούς, μια που προκειμένου να χορηγήσουν τη σωστή θεραπεία θα έπρεπε να γνωρίζουν εάν π.χ. ο ασθενής έχει αλλεργίες, εάν έχει κάνει τα απαιτούμενα εμβόλια κλπ. (Priebe S et al. (2011).

5.2.2 Πιθανά εμπόδια σε επίπεδο συστήματος υγείας

Επίσης, από σχετικές μελέτες των Priebe et al. (2011) αλλά και των Scheppers et al. (2006), προκύπτει ότι υπάρχουν ποικίλα συστημικά εμπόδια τα οποία δυσχεραίνουν την πρόσβαση στις μονάδες υγείας εκ μέρους των μεταναστών. Αυτά μπορούν να συνοψιστούν στα παρακάτω:

1. Συμπεριφορά ιατρών – προσωπικού : Η αγένεια και οι στερεοτυπικές συμπεριφορές προς τους ασθενείς από εθνοτικές μειονότητες μπορεί να ενεργήσει ως εμπόδιο και να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην σχέση ασθενή – ιατρού – συστήματος υγείας. Λόγω του ότι οι μετανάστες μπορεί να μη μιλούν με ευφράδεια τη γλώσσα της χώρας στην οποία βρίσκονται, πολλές φορές αντιμετωπίζονται διαφορετικά από τους άλλους ασθενείς. Μελέτες υποδεικνύουν, ότι κάποιο μέρος του προσωπικού μπορεί να τους απευθύνεται με ρατσιστικές εκφράσεις. Όμως, ο σεβασμός, η εγκαρδιότητα, η προσοχή σε αυτά που λέγονται, η ευγένεια αποτελούν εξαιρετικά σημαντικούς παράγοντες στην δόμηση μιας υγιούς σχέσης ανάμεσα στους ασθενείς και το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό που θα ωφελήσει όχι μόνο τον τομέα της υγείας αλλά και την κοινωνία γενικότερα.
2. Έλλειψη υπηρεσιών μετάφρασης : Η έλλειψη υπηρεσιών μετάφρασης αλλά και η εύκολη επίκληση αυτών, μπορεί να αποτελέσει σοβαρό πρόβλημα στην επικοινωνία μεταξύ ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή. Πέρα από όποια προβλήματα προσωπικών δεδομένων μπορεί να υπάρχουν, οι υπηρεσίες μετάφρασης θα πρέπει να καθιερωθούν σε όλες τις μονάδες υγείας ενώ η μετάφραση θα πρέπει να γίνεται λέξη προς λέξη χωρίς την εννοιολογική παρέμβαση του μεταφραστή. Σε κάποιες περιπτώσεις η οργάνωση ειδικών σεμιναρίων για μετανάστες ώστε να μάθουν τη γλώσσα του τόπου διαμονής τους κρίνεται καίριας σημασίας για την βελτίωση της επικοινωνίας και της ποιότητας ζωής γενικότερα.
3. Έλλειψη πολιτισμικής ευαισθητοποίησης εκ μέρους του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού: Το προσωπικό των μονάδων υγείας θα πρέπει να επιμορφώνεται πάνω στις πολιτισμικές νόρμες, τουλάχιστον, όσον αφορά στους ανθρώπους που καλείται να φροντίσει. Η γνώση π.χ. παραδοσιακών οικογενειακών προτύπων και αξιών, είναι καίριας σημασίας στην σωστή και με σεβασμό

συμπεριφορά απέναντι στους ασθενείς. Επιπλέον, η γνώση των τρόπων με τους οποίους οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την αρρώστια αλλά και η γνώση αναφορικά με θρησκευτικές και πολιτισμικές πρακτικές και ταμπού, όχι μόνο διευκολύνουν την επικοινωνία αλλά και καθιστούν την διάγνωση περισσότερο ακριβή και εμπειριστατωμένη.

4. Έλλειψη προγραμμάτων ενημέρωσης για τους μετανάστες σχετικά με το σύστημα υγείας : Οι μονάδες υγείας θα πρέπει να έχουν ξεκάθαρες οδηγίες – σε διάφορες γλώσσες – για το πως λειτουργεί το σύστημα υγείας ώστε να μπορούν να ενημερώνονται. Επιπλέον, σε περιπτώσεις αναλφαβητισμού ή χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης, θα μπορούσε το σύστημα υγείας να διοργανώνει ενημερωτικές ημερίδες για αλλοδαπούς ώστε να μπορεί να τους ενημερώνει πρόσωπο με πρόσωπο. Αυτό θα έπαιρνε ένα σημαντικό βάρος από τους ώμους των ιατρών οι οποίοι έρχονται να εξηγήσουν πως λειτουργεί στο σύστημα υγείας ελλείψει άλλων τρόπων ενημέρωσης.
5. Έλλειψη σταθερών προσώπων νοσηλείας : Σε κάποιες περιπτώσεις η αλλαγή του θεράποντος ιατρού αλλά και η αλλαγή του νοσηλευτικού προσωπικού δημιουργεί προβλήματα μια που τόσο το ιατρικό ιστορικό θα πρέπει να επεξηγηθεί ξανά, κάτι που δημιουργεί αισθήματα αγανάκτησης και άγχους αλλά και η όποια σχέση με τον ιατρό είχε δομηθεί θα πρέπει να ξανα-δομηθεί από την αρχή.
6. Έλλειψη αλληλεπίδρασης και συνεργασίας με άλλες υποστηρικτικές υπηρεσίες ή την οικογένεια του ασθενούς : Η αλληλεπίδραση του κέντρου υγείας με άλλες υποστηρικτικές υπηρεσίες είναι κομβικής σημασίας στην κατανόηση του γενικότερου πλαισίου διαβίωσης του ασθενούς ώστε να αναζητηθεί η κατάλληλη θεραπεία. Επιπλέον, η αντιμετώπιση της ασθένειας είναι ένα από αυτά που αναζητούνται
7. Έλλειψη χρόνου και ώρες λειτουργίας κέντρων υγείας : Ο χρόνος που χρειάζεται ένας ασθενής για να περιγράψει το πρόβλημα που αντιμετωπίζει στον ιατρό ποικίλει. Αυτό θα πρέπει να γίνεται σεβαστό από το σύστημα υγείας το οποίο θα πρέπει να λαμβάνει τα μέτρα του για να καλύψει όσο το δυνατόν καλύτερα τις ανάγκες για μεγαλύτερης διάρκειας ιατρική επίσκεψη. Επιπλέον, οι ώρες λειτουργίας των κέντρων υγείας είναι τέτοιες που δεν

συμβαδίζουν με το ημερήσιο πρόγραμμα ευπαθών ομάδων, ιδιαίτερα όταν αυτές (ομάδες) βασίζονται σε μέσα μαζικής μεταφοράς για την μετάβασή τους από και προς το κέντρο υγείας.

Συμπερασματικά, θα μπορούσε κανείς να πει ότι το σύστημα υγείας θα πρέπει να αναφέρεται και να αφορά σε όλους ανεξαιρέτως. Θα πρέπει να δίνει τη δυνατότητα, μέσω των κατάλληλων μέσων επικοινωνίας και γνωστοποίησης, σε όλους τους ανθρώπους να έχουν πρόσβαση σε αυτό και ιδιαίτερα στις πιο ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Κριτήρια κέρδους ή κριτήρια που δεν συνάδουν με το αγαθό της υγείας θα πρέπει να απορρίπτονται κατηγορηματικά ενώ η επικοινωνία θα πρέπει να γίνεται με περισσότερο ανθρώπινα κριτήρια παρά ψυχρή μετάδοση πληροφορίας. Ο σεβασμός, η ευγένεια, η αλληλεγγύη και η ισονομία θα πρέπει να είναι αξίες απαράβατες για το οποιοδήποτε σύστημα υγείας αλλά και για την κοινωνία γενικότερα (Priebe S, et al. (2011).

Κεφάλαιο 6 – Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

6.1 Εισαγωγή

Η κοινωνική εργασία είναι το επάγγελμα που αποσκοπεί στην διαφύλαξη των δικαιωμάτων των ευπαθών ομάδων αλλά και στην προαγωγή της ψυχο-κοινωνικής τους υγείας (Lum, 1996). Η κοινωνική εργασία ανέκαθεν είχε ως στόχο την διαφύλαξη των δικαιωμάτων, της ασφάλειας και της υγείας των μεταναστών (Chang-Muy & Congress, 2008). Αν και οι κοινωνικοί λειτουργοί διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή απευθείας υπηρεσιών στους αλλοδαπούς, εντούτοις η εμπλοκή τους, πολλές φορές, είναι επιφανειακή και δεν λαμβάνει υπόψη της τις συνθήκες ζωής των ανθρώπων αυτών όπως και τις καθημερινές δυσκολίες που αυτοί αντιμετωπίζουν. Η πολυπλοκότητα των νόμων γύρω από την μετανάστευση αλλά και η τάση να θεωρούνται εγκληματίες οι μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής, φέρνει στο προσκήνιο σοβαρά ζητήματα για τον κοινωνικό λειτουργό ο οποίος, έχοντας ως στόχο την προσφορά κοινωφελούς υπηρεσίας, έρχεται, πολλές φορές, αντιμέτωπος είτε με τη νομοθεσία, είτε με θέματα όπως η ξеноφοβική ρητορεία και ο ρατσισμός. Η οικονομική, κοινωνική και πολιτική βία που ασκείται στους μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής π.χ., έχει άμεσες αρνητικές συνέπειες για τις ζωές των ανθρώπων αυτών και ο κοινωνικός λειτουργός διατελεί χρέη μεσολαβητή ώστε να διασφαλιστεί, η κοινωνική, ψυχική και σωματική ακεραιότητά τους αλλά και η ισονομία, η δημοκρατία και η αλληλεγγύη στην κοινωνία γενικότερα (Chang-Muy, F., & Congress, E. P. (2008).

Η δημόσια υγεία και πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι κοινωνικά και οικονομικά δικαιώματα και η προαγωγή τους είναι βασικής σημασίας (Farmer, 1999). Μια από τις ειρωνείες της σύγχρονης εποχής, στην οποία η δημόσια υγεία έχει ολοένα και περισσότερο θυσιάσει την δικαιοσύνη προς όφελος της αποτελεσματικότητας, είναι ο αποκλεισμός των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού από υπηρεσίες υγείας (Farmer, 1999).

Η κοινωνική, οικονομική, ψυχική βία που ασκείται στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού επιτείνει την ανάγκη για πρακτική αλληλεγγύη: την άμεση επίκληση κι εφαρμογή των μηχανισμών και πόρων που θα μπορέσουν να βελτιώσουν την υγεία των θυμάτων βίας (Farmer, 1999). Εκεί είναι ο χώρος δράσης του κοινωνικού λειτουργού (Farmer, 1999).

6.2 Ηθικά Διλήμματα – Αξιακές Συγκρούσεις

Η ποινικοποίηση της μετανάστευσης προβάλλει στους κοινωνικούς λειτουργούς την αντιμετώπιση διαφόρων ηθικών διλημάτων. Ως ηθικό δίλημμα θεωρείται η κατάσταση στην οποία περισσότερες από μια ηθικά επιτρεπτές αποκρίσεις μπορεί να υπάρχουν (Furman, 2003). Στα ηθικά διλήμματα, οι κοινωνικοί λειτουργοί, δίνοντας προτεραιότητα σε μια αξία έναντι κάποιας άλλης, αναγκαστικά διαπράττουν παράβαση κάποιας ηθικής αρχής (Furman, Downey, & Jackson, 2004). Συνεπώς, μέσα στο ηθικό δίλημμα, υπάρχει ταυτόχρονα και η συμμόρφωση αλλά και η παράβαση επαγγελματικών – ηθικών αξιών. Όταν το κοινωνικό πλαίσιο ή η κοινωνία γενικότερα, έρχονται σε αντιπαράθεση με τις ανάγκες και τα θεμελιώδη δικαιώματα των ευπαθών ομάδων, πάντα εμφανίζονται ηθικά διλήμματα.

Για παράδειγμα, όταν ο κοινωνικός λειτουργός γνωρίζει ότι για τον μετανάστη χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής κάποιες υπηρεσίες δεν είναι διαθέσιμες, μπορεί, αυτή η συνειδητοποίηση να τον οδηγήσει στην υποσυνείδητη θεώρηση ότι ο μετανάστης είναι πολίτης χαμηλότερης προτεραιότητας (Furman et al. 2012). Επίσης, όταν ο κοινωνικός λειτουργός έρχεται σε αντίθεση με το νόμο όταν αυτός προσφέρει τις υπηρεσίες του σε μετανάστες ασθενείς χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής, όχι μόνο περιορίζεται σε σχέση με τις υπηρεσίες που μπορεί να προσφέρει αλλά και νιώθει μια ψυχολογική – κοινωνική πίεση που δεν του επιτρέπει να ασκήσει τα καθήκοντά του με τη συνέπεια, τη νηφαλιότητα, την αποτελεσματικότητα που αρμόζει. Ένας νόμος, π.χ., (Proposition 200) στην Αριζόνα των Η.Π.Α. (Furman et al. 2012) απαιτεί από τους κοινωνικούς λειτουργούς, προκειμένου να ασκήσουν τα καθήκοντά τους, να βεβαιωθούν ότι ο άνθρωπος τον οποίο εξυπηρετούν έχει νόμιμη άδεια παραμονής. Αυτός ο νόμος ποινικοποιεί την προσφορά κοινωνικών υπηρεσιών σε μερίδα του πληθυσμού, με συνέπεια την πιθανή δίωξη και καταδίκη των κοινωνικών λειτουργών. Η όποια αγνόηση ή μη εφαρμογή του νόμου, θέτει τον κοινωνικό λειτουργό σε επισφαλή θέση μια που από τη μία θα αγωνίζεται να παράσχει κοινωνικές υπηρεσίες και από την άλλη θα ανησυχεί για την προσωπική και επαγγελματική του ακεραιότητα.

Παράλληλα, το θέμα της εμπιστευτικότητας είναι ύψιστης σημασίας στην ορθή άσκηση των κοινωνικών υπηρεσιών. Η εμπιστευτικότητα αποτελεί μια από τις

ουσιαστικότερες αξίες στο επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού με σαφείς ηθικές και πρακτικές επιπτώσεις. Οι ηθικές επιπτώσεις συνοψίζονται στην αντιμετώπιση του ατόμου με σεβασμό ώστε να νοιώσει ότι πέρα από ό,τι μπορεί να είχε συμβεί στη ζωή του, έχει το δικαίωμα στην θεραπεία, την βελτίωση των συνθηκών της ζωής του και στην αξιοπρέπεια. Πρακτικά, η εμπιστευτικότητα επιτρέπει τη δόμηση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος στο οποίο οι άνθρωποι μπορούν με ελευθερία και χωρίς φόβο να παρουσιάσουν τις ζωές τους. Λειτουργεί ως μια προστατευτική ασπίδα που επιτρέπει σε ανθρώπους να ανοίξουν την ψυχή τους και να ομολογήσουν τους φόβους, τις ανασφάλειες, τους προβληματισμούς τους. Εάν ο κοινωνικός λειτουργός, αναγκαστεί να λειτουργεί ως μεσάζοντας ανάμεσα στον μετανάστη χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής και το κράτος, τότε, αυτόματα, τερματίζεται το κοινωνικό του έργο και η προσφορά του στους ανθρώπους ελαχιστοποιείται. Η κοινωνική εργασία δεν θα πρέπει να είναι το δεξί χέρι του κατεστημένου (Abramovitz, 1998). Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να πάρει θέση ανάμεσα στην σωστή άσκηση των καθηκόντων του και στην υποτέλεια σε, όχι απαραίτητα ηθικά ορθές, κρατικές επιταγές.

Ο κοινωνικός λειτουργός είναι πρώτα απ' όλα άνθρωπος. Έχει τις δικές του απόψεις και ευαισθησίες. Αυτό, σε μερικές περιπτώσεις, μπορεί να μην του επιτρέψει να θέσει τις ανάγκες του ευπαθούς ατόμου στο επίκεντρο της προσοχής του αλλά και να συμπεριφερθεί στον άνθρωπο στον οποίο προσφέρει τις υπηρεσίες του, με τη δέουσα ευαισθησία, σεβασμό, εγκαρδιότητα (Neville, Lilly, Duran, Lee, & Browne, 2000). Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να νιώσει εγκλωβισμένος ανάμεσα στις προσωπικές του πεποιθήσεις, τις επαγγελματικές του αξίες και τις κρατικές επιταγές – νομοθεσίες.

Ως το επάγγελμα που αγωνίζεται για κοινωνική δικαιοσύνη και βάζει την υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ανθρώπων στο ψηλότερο σημείο των ηθικών του υποχρεώσεων, είναι ουσιαστικό οι κοινωνικοί λειτουργοί να επανεξετάσουν τις προσωπικές τους πεποιθήσεις και να γνωρίζουν σε βάθος τις επαγγελματικές τους αρμοδιότητες. Αυτή η επίγνωση βοηθάει τους κοινωνικούς λειτουργούς στην καλύτερη άσκηση των καθηκόντων τους και στην λειτουργία τους ως ηθικού συνηγόρου στις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες. Στην διαρκώς μεταβαλλόμενη κατάσταση γύρω από την μετανάστευση, οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να ενημερώνονται, να είναι σε διαρκή εγρήγορση αλλά και να αξιολογούν τους εαυτούς τους και τις υπηρεσίες που προσφέρουν καθημερινά, ώστε να βελτιώσουν τις

πρακτικές τους και το αντίκτυπο που αυτές έχουν σε εκείνους που φιλοδοξούν να υπηρετήσουν.

6.3 Κοινωνικός Λειτουργός – Υπηρεσίες Υγείας

Οι μετανάστες ασθενείς όμως δεν χρήζουν μόνο ιατρικής φροντίδας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, χρειάζονται ενημέρωση για τον τρόπο που λειτουργεί το σύστημα υγείας (Priebe, S. Et al. 2011), τον τρόπο που θα πρέπει να το επικαλούνται αλλά και για όλα τα δικαιολογητικά που απαιτούνται προκειμένου να επικαλεστούν τις υπηρεσίες αυτές υγείας (π.χ. «άδεια παραμονής μετανάστη», «άδεια παραμονής μελών οικογενείας μετανάστη», «δελτίο αιτήσαντος άσυλο μετανάστη») (Priebe, S. Et al. (2011). Είναι σημαντικό οι μετανάστες να νιώσουν ασφάλεια όσον αφορά στην υγεία, και ο κοινωνικός λειτουργός έρχεται να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στον τομέα αυτό.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού αναφορικά με το σύστημα υγείας και τους μετανάστες μπορεί να συνοψιστεί στα παρακάτω:

1. Ενημέρωση – Καθοδήγηση: Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να ενημερώνει τους μετανάστες σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας που είναι στη διάθεσή τους, το νομικό πλαίσιο που τις πλαισιώνει αλλά και με τις εναλλακτικές δομές του συστήματος υγείας (π.χ. υπηρεσίες υγείας από μη κυβερνητικές οργανώσεις ή εθελοντικά σωματεία) σε περίπτωση που οι καθιερωμένες δομές δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν (π.χ. παράνομοι μετανάστες).

Λόγω της πολυπλοκότητας των νόμων αλλά και της γραφειοκρατικής δομής του συστήματος υγείας, οι μετανάστες νιώθουν χαμένοι σε ένα κυκεώνα γραφειοκρατίας ο οποίος, πολλές φορές, λειτουργεί ανασταλτικά ακόμα και στην επίκληση υπηρεσιών υγείας. Ο κοινωνικός λειτουργός έρχεται να γεφυρώσει αυτό το χάσμα ανάμεσα στην παροχή υπηρεσιών υγείας και στην διασφάλιση των απαραίτητων εγγράφων προκειμένου η τελευταία να καταστεί δυνατή.

Ένας πολύ σημαντικός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι και η διάγνωση ή ο εντοπισμός πιθανών προβλημάτων που δυσχεραίνουν τη ζωή των μεταναστών και επιδρούν στην υγεία τους (π.χ. περιβάλλον διαβίωσης) και η προσπάθεια άμβλυνσής

τους. Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να βλέπει τον ασθενή ως σύνολο και οφείλει να αντιλαμβάνεται ότι σε μια τέτοια ολιστική προσέγγιση, αυτό που μετράει είναι η εκτίμηση και αποτίμηση της συμβολής όλων των παραγόντων που μπορούν να έχουν αντίκτυπο στην υγεία του ασθενούς

Στην περίπτωση των μεταναστών χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής, ο κοινωνικός λειτουργός μεσολαβεί στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους ανθρώπους στους οποίους προσφέρει τις υπηρεσίες του. Οι μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής όπως και όλοι οι πολίτες, πρέπει να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές που είναι θεμελιώδεις για την προσωπική και οικογενειακή ευημερία. Οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να υπερασπίζονται τα δικαιώματα των μεταναστών χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής και να πιέζουν την πολιτεία να υιοθετήσει νόμους που θα υποστηρίζουν τη θέση τους στην κοινωνία και να διασφαλίζουν την αξιοπρεπή τους διαβίωση (Priebe, S, et al. (2011).

Αναφορικά με ένα πρόγραμμα υγείας, ο κοινωνικός λειτουργός επιδιώκει τη μείωση του άγχους του ασθενούς, τη ρύθμιση γενικότερα των συναισθημάτων του ώστε να αμβλυνθούν οι παράγοντες εκείνοι που θα λειτουργήσουν ανασταλτικά στην όποια πρόοδο προς ανάρρωση ή και στην ολοκληρωτική άρνηση της προτεινόμενης θεραπείας. Ιδιαίτερα πριν από χειρουργικές επεμβάσεις, θεωρείται άκρως απαραίτητη η προετοιμασία και υποστήριξη του ασθενούς ενώ τον ενημερώνει για τις προοπτικές, την αναμενόμενη έκβαση και τις υπηρεσίες υγείας μετά την εγχείρηση.
http://www.pagni.gr:8081/dioikhtikh/koinonikh_yphresia/rolos.asp

2. Ενθάρρυνση – Εμπύχωση – Κοινωνική Παρέμβαση: Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να επικοινωνεί με τους μετανάστες ώστε αφενός να δημιουργηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης αφετέρου να δομηθεί ένα περιβάλλον ασφάλειας όπου οι δεύτεροι, θα μπορούν με ειλικρίνεια και χωρίς φόβο να εκμυστηρεύονται όσα τους απασχολούν. Στο πρόσωπο του κοινωνικού λειτουργού θα πρέπει να βλέπουν έναν αξιόπιστο, ηθικό, εχέμυθο, ενημερωμένο και έμπιστο επαγγελματία, ο οποίος είναι πρόθυμος να τους εξυπηρετήσει. Ιδιαίτερα για τους μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής, λόγω της ψυχολογικής πίεσης που νιώθουν από τον αποκλεισμό που υφίστανται στην επίκληση και χρήση υπηρεσιών, ο κοινωνικός λειτουργός παρέχει ψυχολογική τόνωση και εμπύχωση.

Στις περιπτώσεις όπου ο ασθενής διστάζει να επικαλεστεί υπηρεσίες υγείας, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να του παρέχει την απαιτούμενη ενθάρρυνση και να του δίνει όλα τα εχέγγυα ώστε να του εξασφαλιστεί μια ασφαλής και ψυχολογικά ανώδυνη εμπειρία.

Ο αποκλεισμός που υφίστανται από υπηρεσίες υγείας ιδιαίτερα οι μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής θα πρέπει να αρθεί μέσω αλλαγών στην εθνική νομοθεσία. Ο βαθμός που αυτός ο αποκλεισμός είναι συνέπεια εθνικών νόμων και διατάξεων αποτελεί ένα μάθημα που θα πρέπει να έχουν υπόψη τους οι κοινωνικοί λειτουργοί κατά την άσκηση των καθηκόντων τους.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού δεν περιορίζεται στην αντιμετώπιση κάθε προβλήματος μεμονωμένα. Θα πρέπει να μπορεί μέσω κατάλληλων παρεμβάσεων, να συμβάλλει σε μια γενικευμένη συζήτηση αναφορικά με τη βελτίωση των συνθηκών ζωής των ευάλωτων ομάδων, όπως είναι οι μετανάστες, αλλά και την βελτίωση της κοινωνίας

γενικότερα.

http://www.pagni.gr:8081/dioikhtikh/koinonikh_yphresia/rolos.asp

3. Συστηματικότητα – Διάρκεια επαφής: Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να μπορεί να διατηρεί μια επαφή με τους ανθρώπους που βοηθά, στο πέρασμα του χρόνου.. Η επαφή δεν θα πρέπει να είναι άπαξ αλλά συνεχιζόμενη και, προκειμένου να γίνει αυτό εφικτό, θα πρέπει να υπάρχει συνειδητοποίηση από τη μεριά του κοινωνικού λειτουργού της σημασίας της συμβολής του στην καλύτερευση των συνθηκών ζωής των μεταναστών αλλά και των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων, γενικότερα. Θα πρέπει να είναι κοινωνικά ευαισθητοποιημένος ώστε και οι παρεμβάσεις του να είναι συστηματικές όχι μόνο σε επίπεδο ανθρώπου αλλά και σε επίπεδο συστήματος.
4. Προσέγγιση Οικογένειας: Δεν νοείται κοινωνική εργασία στο ασθενή χωρίς την προσέγγιση της οικογένειας, για την ουσιαστική αντιμετώπιση των ποικίλων προβλημάτων που απορρέουν από την ασθένεια. Η ασθένεια ή η εισαγωγή σε ένα νοσοκομείο ενός μέλους της οικογένειας επηρεάζει όλη την οικογένεια. Καταρχάς θα πρέπει να στοχεύετε η ανακούφιση της οικογένειας από τα συναισθήματα που έχουν δημιουργηθεί στα μέλη από την εμφάνιση της νόσου (σοκ -άγχος -φόβος -πανικός -θυμός -ενοχές -απογοήτευση). Ο

κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να βοηθά την οικογένεια να ανασυντάξει τις δυνάμεις της γύρω από την πραγματικότητα, ώστε να είναι σε θέση να την αντιμετωπίσει. Η συμβολή του θα πρέπει να είναι τέτοια ώστε η επικοινωνία μεταξύ της οικογένειας και του ασθενή να διευκολύνεται. Στηρίζει την οικογένεια και την παροτρύνει να μην εγκαταλείψει τον ασθενή βοηθώντας στην δυνατότητα ανοιχτής επικοινωνίας μεταξύ των μελών της, με ενθαρρυντική στάση προς τα μέλη να εκφράσουν ανοιχτά τα συναισθήματά τους.

Ο κοινωνικός λειτουργός ως επάγγελμα, θα πρέπει να είναι στο επίκεντρο της δημιουργίας ενός πλαισίου διαλόγου για την κοινωνική ένταξη και την αποπεριθωριοποίηση. Ως ένα επάγγελμα που στοχεύει στην κοινωνική δικαιοσύνη, ο κοινωνικός λειτουργός δεν θα πρέπει απλά να αρθρώνει αυτές τις λέξεις αλλά να έχει ενσωματώσει τις αξίες αυτές στην καθημερινή του πρακτική.
http://www.pagni.gr:8081/dioikhtikh/koinonikh_yphresia/rolos.asp

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ειδικό μέρος

Κεφάλαιο 7: Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος

7.1 Σκοπός μελέτης:

Μέχρι σήμερα στη Κρήτη δεν έχει πραγματοποιηθεί σχετική έρευνα για το συγκεκριμένο θέμα και η παρούσα εργασία φιλοδοξεί να συμβάλει στη διεύρυνση των στάσεων και κατ' επέκταση των απόψεων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, των κοινωνικών λειτουργών και των διοικητικών υπαλλήλων απέναντι στους μετανάστες ασθενείς. Επιπλέον, η εργασία παρέχει τη δυνατότητα εξαγωγής συμπερασμάτων σχετικά με τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας στο δημόσιο νοσοκομείο του Ηρακλείου Κρήτης, το ΠΑΓΝΗ.

7.2 Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων ή υποθέσεων:

Τα ερευνητικά ερωτήματα στα οποία φιλοδοξεί να απαντήσει η συγκεκριμένη εργασία είναι τα εξής:

- ✚ Ποιες είναι οι στάσεις και απόψεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, των κοινωνικών λειτουργών και των διοικητικών υπαλλήλων όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες ασθενείς και τους ομογενείς στο ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου Κρήτης;
- ✚ Υπάρχει διαφοροποίηση των στάσεων και απόψεων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, των κοινωνικών λειτουργών και των διοικητικών υπαλλήλων όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες ασθενείς και τους ομογενείς στο ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου Κρήτης; Αν ναι, που οφείλεται αυτή;
- ✚ Ποιες δυσκολίες καταγράφουν οι επαγγελματίες υγείας κατά την παροχή των υπηρεσιών τους σε μετανάστες ασθενείς;
- ✚ Ποιες είναι οι προτάσεις τους για την επίλυση του προβλήματος;

7.3 Αντικείμενο και σχεδιασμός μελέτης

Το αντικείμενο διεξαγωγής της συγκεκριμένης μελέτης αποτέλεσε η διεύρυνση των απόψεων και κατ' επέκταση των στάσεων υγείας του ιατρικού, νοσηλευτικού προσωπικού, των κοινωνικών λειτουργών και των διοικητικών υπαλλήλων απέναντι στους μετανάστες ασθενείς.

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε και ολοκληρώθηκε σε 2 στάδια: 1^ο στάδιο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και 2^ο στάδιο της λήψης συνεντεύξεων.

1^ο στάδιο- Βιβλιογραφική ανασκόπηση:

Το 1^ο στάδιο βιβλιογραφικής ανασκόπησης είχε χρονική διάρκεια 2 μηνών, ενώ επιλέχθηκε η ποιοτική μέθοδος πάνω στις στάσεις και απόψεις επαγγελματιών υγείας και διοικητικών υπαλλήλων όσον αφορά τους μετανάστες ασθενείς.

Η βιβλιογραφική αναζήτηση και συλλογή υλικού σχετικά με το θέμα αναζητήθηκε από παρόμοιες έρευνες οι οποίες διεξήχθησαν με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου.

Οι τρόποι αναζήτησης ήταν οι εξής:

Εκτός Διαδικτύου με τη μέθοδο «Hand Search»

- Βιβλιοθήκη Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Κρήτης
- Βιβλιοθήκη Πανεπιστημίου Κρήτης (Τμήμα Ιατρικής)
- Επιπλέον αναζητήθηκε βιβλιογραφία από δημοσιευμένα άρθρα, βιβλία, και κείμενα με θεματολογία αντίστοιχη του θέματος της πτυχιακής εργασίας.

Μέσω διαδικτυακών βάσεων δεδομένων

- <tp://ftp.soc.uoc.gr/psycho/manola/Meθodologia>
- http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=201
- <http://www.cultural-representation.com/showLesson.php?file=S>
- **Οι λέξεις κλειδιά** που χρησιμοποιήθηκαν για την ηλεκτρονική αναζήτηση ήταν: μετανάστες, συμπεριφορές, απόψεις, επαγγελματίες υγείας

2^ο στάδιο-Συνεντεύξεις:

Το 2^ο στάδιο-συνεντεύξεων περιλαμβάνει την επιλογή ατόμων για τις συνεντεύξεις και τη λήψη των συνεντεύξεων.

7.4 Περιοχή διεξαγωγής μελέτης:

Πεδίο μελέτης της έρευνας αποτελεί το νοσοκομείο ΠΑΓΝΗ του Ηρακλείου Κρήτης. Το δείγμα της έρευνας αποτελούν τα μέλη του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι διοικητικοί υπάλληλοι του νοσοκομείου. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο Παιδιατρικό, Παθολογικό, Μαιευτικό, Ψυχιατρικό, Ορθοπαιδικό τμήμα του νοσοκομείου, στη Κοινωνική υπηρεσία και στο τμήμα Επισκεπτών υγείας. Η επιλογή βασίστηκε στα παρακάτω κριτήρια:

3. Μετά από ενημέρωση της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ) για πιθανότητα ποσοστού νοσηλευόμενων μεταναστών στις παραπάνω κλινικές.
4. Η μεγάλη πιθανότητα εντοπισμού έμπειρων προσώπων και βασικών πληροφοριοδοτών για το θέμα.

7.5 Πληθυσμός μελέτης- Δειγματοληψία

Στη μελέτη συμμετείχαν ιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί και διοικητικοί ως βασικοί πληροφοριοδότες, συνολικά 30, ένας επαρκής αριθμός για ποιοτικές έρευνες. Ένα μεγάλο δείγμα δεν εξυπηρετεί ούτε τους στόχους ούτε τους σκοπούς της ποιοτικής έρευνας. Αντιθέτως, ένα μεγάλο δείγμα συνήθως λειτουργεί αρνητικά για την εγκυρότητα της ποιοτικής έρευνας. Συνολικά ελήφθησαν 30 συνεντεύξεις εκ των οποίων οι ένδεκα (11) είναι άνδρες και δεκαεννέα (19) είναι γυναίκες, ηλικίας 29 έως 61 ετών.

Η ποιοτική έρευνα στηρίζεται στην υπόθεση ότι η γνώση για τους ανθρώπους είναι αδύνατη χωρίς την περιγραφή της ανθρώπινης εμπειρίας, όπως αυτή βιώνεται και περιγράφεται από τους ίδιους τους πρωταγωνιστές (Σαχίνη-Καρδάση, 2004). Η έρευνα αυτή παρέχει τη δυνατότητα μέσα από την αφήγηση να καταγραφούν τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού.

Όπως αναφέρει ο Patton (1985): η ποιοτική έρευνα “είναι μία προσπάθεια για την κατανόηση καταστάσεων μέσα στην μοναδικότητά τους ως μέρους ενός συγκεκριμένου περιεχομένου και περιγράφει τις αλληλεπιδράσεις τους μέσα σε αυτό. Στην ποιοτική έρευνα εμπεριέχεται η κατανόηση της παρούσας κατάστασης – τι νόημα έχει για τους συμμετέχοντες η κατάσταση που βιώνουν, με τι μοιάζουν οι ζωές τους, τι συμβαίνει με αυτούς, ποια είναι τα νοήματά που δίνουν σ’ αυτά που διαδραματίζονται κ.λπ. Η ανάλυση αποσκοπεί στη σε βάθος κατανόηση”.

Ένα δεύτερο χαρακτηριστικό της ποιοτικής έρευνας είναι ότι ο ερευνητής είναι υπεύθυνος για τη συλλογή και την ανάλυση των δεδομένων. Αφού σκοπός της έρευνας είναι η κατανόηση, η ανθρώπινη αντίληψη, είναι υπεύθυνη για τη συλλογή και την ανάλυση των δεδομένων. Επίσης, σημαντικό είναι ότι οι ερευνητές, συγκεντρώνουν δεδομένα για να δομήσουν έννοιες, υποθέσεις ή θεωρίες.

Τέλος, το προϊόν μίας ποιοτικής έρευνας είναι περιγραφικό. Οι λέξεις και οι εικόνες, εν αντιθέσει με τους αριθμούς, χρησιμοποιούνται για να αποδώσουν ό,τι οι ερευνητές έχουν αποκομίσει σχετικά με το φαινόμενο. Υπάρχει η πιθανότητα να υπάρξουν περιγραφές του περιεχομένου, της εμπλοκής των συμμετεχόντων, των δραστηριοτήτων ενδιαφέροντος κ.λπ (Merriam, 2002).

Πέραν όμως αυτών, οι ποιοτικές έρευνες στο χώρο της υγείας έτυχαν και συνεχίζουν να τυγχάνουν πολύ μεγάλης κριτικής για την εγκυρότητα και αξιοπιστία τους από ότι οι ποσοτικές. Σύμφωνα με τους Denzin & Lincoln (2000), τα «κριτήρια αναγνώρισης/νομιμοποίησης»- τα οποία τέθηκαν και στην συγκεκριμένη περίπτωση – είναι η αξιοπιστία της έρευνας, η μεταβιβασιμότητα/γενικευσιμότητα της, η αξιοπιστία του ερευνητή και η προσαρμοστικότητα της έρευνας

Η «αξιοπιστία» (credibility) σε μία ποιοτική έρευνα είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ποιότητα των συλλεγμένων δεδομένων. Στόχος των αποτελεσμάτων είναι η ακριβής αποτύπωση της αλήθειας (Lincoln, 2001).

Η «γενικευσιμότητα ή μεταβιβασιμότητα» των ευρημάτων μιας ποιοτικής μελέτης, αναφέρεται στον βαθμό, στον οποίο τα συμπεράσματα της μελέτης μπορούν να γενικευθούν σε ευρύτερα σύνολα ομοειδών περιπτώσεων από τον πληθυσμό από τον οποίο προέρχεται το συγκεκριμένο δείγμα. Αποτελεί την εγκυρότητα ή νομιμοποίηση που μπορούν να προσδώσουν στην έρευνα οι ίδιοι οι αναγνώστες. (Συμεού, 2005).

Η αξιοπιστία του ερευνητή: Στόχος αυτού του κριτηρίου είναι η προσαρμοστικότητα ότι οι καταγεγραμμένες, δηλαδή ερμηνείες του ερευνητή βασίζονται στο συγκεκριμένο συγκεκριμένο και ότι οι συμμετέχοντες δεν αποτελούν προϊόν της

φαντασίας του. Επιπρόσθετα, οι Guba και Lincoln (1994) υπογραμμίζουν ότι η αξιοπιστία και η προσαρμοστικότητα της έρευνας ενισχύουν παράλληλα τη μεταβιβασιμότητά της. Για την επιτυχή εφαρμογή του παραπάνω κριτηρίου παρουσιάζονται στην παρούσα έρευνα οι ακριβείς απαντήσεις συμμετεχόντων της.

Συνοψίζοντας, η ποιοτική έρευνα προσπαθεί να κατανοήσει και να εξάγει νοήματα από τα φαινόμενα που παρατηρούνται, μέσα από την οπτική των συμμετεχόντων. Όλη η ποιοτική έρευνα χαρακτηρίζεται από την αναζήτηση του νοήματος και της κατανόησης, με τον ερευνητή ως το πρωταρχικό εργαλείο της συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων, όπου μέσα από μία επαγωγική διερευνητική στρατηγική λαμβάνεται ένα πλούσιο περιγραφικό τελικό προϊόν (Merriam, 2002).

7.5.1 Σύγκριση της ποιοτικής με την ποσοτική έρευνα

Οι ερευνητές συχνά ορίζουν την ποιοτική έρευνα συγκρίνοντας την με την ποσοτική. Ο Ragin (1987) επισήμανε μία βασική διαφορά μεταξύ των δύο τύπων έρευνας, όταν ανέφερε ότι οι ποσοτικοί ερευνητές δουλεύουν με μικρό αριθμό μεταβλητών και χρησιμοποιούν πολλές περιπτώσεις, ενώ οι ποιοτικοί ερευνητές βασίζονται στη μελέτη περίπτωσης και πολλών μεταβλητών (Creswell, 1998).

- ✚ Η πρώτη είναι ότι στις ποσοτικές μεθόδους τα δεδομένα εκφράζονται με αριθμούς σε αντίθεση με τις ποιοτικές μεθόδους που κυριαρχούν τα μη αριθμητικά στοιχεία.
- ✚ Δεύτερον, οι ποσοτικοί ερευνητές αναζητούν αντικειμενικές περιγραφές (δείκτες) σε αντίθεση με την υποκειμενική ερμηνεία που χαρακτηρίζει την ποιοτική έρευνα.
- ✚ Τρίτον, στο σχεδιασμό της έρευνας και στα διάφορα στάδια της ερευνητικής διαδικασίας, οι ποιοτικές μέθοδοι επιτρέπουν μεγαλύτερη ευελιξία.
- ✚ Τέταρτον, η ποσοτική έρευνα εστιάζει περισσότερο στην ‘πρόβλεψη’ σε σύγκριση με την ποιοτική έρευνα, που ενδιαφέρεται περισσότερο για τη διαδικασία κατανόησης.
- ✚ Πέμπτο, η ποιοτική έρευνα εξαρτάται ιδιαίτερα από το τοπικό πλαίσιο της έρευνας. Οι ποσοτικές μέθοδοι συχνά παρουσιάζονται περισσότερο απελευθερωμένες από το στενό πλαίσιο και επομένως πιο γενικευμένες.

- ✚ Τέλος, η ποιοτική έρευνα είναι καταλληλότερη για τη δημιουργία θεωρίας σε σύγκριση με τις ποσοτικές μεθόδους που κύρια συμβάλλουν στον έλεγχο της θεωρίας.

Μία πιο σημαντική διαφορά μεταξύ των διαδικασιών ποιοτικής και ποσοτικής ανάλυσης είναι ότι ο 'συντονιστής', μιας συμμετοχικής διαδικασίας που παράγει ποιοτικά δεδομένα δεν επιδιώκει να μειώσει ή να συμπυκνώσει τα δεδομένα αλλά να ενισχύει τα δεδομένα, να αυξάνει τον όγκο τους, την πυκνότητα και την πολυπλοκότητα τους.

7.6 Ερευνητικό εργαλείο- Μέθοδος

Σύμφωνα με τον Ball (1990), ο ίδιος ο ερευνητής είναι το ερευνητικό εργαλείο, ο οποίος διαμορφώνει διαρκώς την όλη διαδικασία. Αυτή είναι και η βασική διαφορά με την ποσοτική μέθοδο, κατά την οποία οι διαφορετικοί ερευνητές μελετούν το ίδιο φαινόμενο με την χρήση της ίδιας μεθόδου και απαιτείται να καταλήξουν σε όμοια συμπεράσματα.

Βασικός στόχος του ερευνητή είναι η κατανόηση του ερωτηματολογίου από τους ερωτηθέντες. Για αυτόν ακριβώς τον λόγο, ο σχεδιασμός των ερωτήσεων έγινε με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι προσιτό και πρακτικό τόσο για τους ερωτηθέντες όσο και για τον ίδιο τον ερευνητή.

Σε αυτό το σημείο, απαραίτητο είναι να σημειωθεί ότι για τον οδηγό των θεμάτων στις συνεντεύξεις, χρησιμοποιήθηκε μεταφρασμένο και πολιτιστικά προσαρμοσμένο στα Ελληνικά, σε παρόμοια έρευνα μετά από σχετική άδεια από τους δημιουργούς (Teunissen, E, et al.) του εργαλείου της συνέντευξης. «Η καταγραφή και η αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας των λαθρομεταναστών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα σε σύγκριση με τις Κάτω Χώρες»

Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ημι-δομημένης συνέντευξης απροσδιόριστης πιθανότητας επιλογής, η οποία διακρίνεται στη δειγματοληψία σκοπιμότητας-κρίσεως και πιο συγκεκριμένα η δειγματοληψία κατά κριτήρια ή ποσοστάσεων (Σταλίκας, 2005).

Η ημι-δομημένη συνέντευξη χρησιμοποιεί τεχνικές τόσο από την δομημένη, όσο και από την εστιασμένη συνέντευξη. Χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο ερωτήσεων που έχουν προκαθοριστεί, αλλά παρουσιάζει μεγαλύτερη ευελιξία και ακολουθεί τον

ερωτώμενο. Γενικά, έχουν διατυπωθεί μια σειρά από ερωτήσεις σχετικές με το θέμα το οποίο διερευνάται, ανάλογα όμως με τις απαντήσεις που δίνονται από τον ερωτώμενο, ο ερευνητής μπορεί να αλλάξει την πορεία τους ή να θέσει επιπλέον διευκρινιστικές ερωτήσεις. Στόχος είναι να ακολουθηθεί η πορεία της σκέψης του και να αναλυθούν επιπλέον ζητήματα που τυχόν ανακύπτουν. Το γεγονός ότι δεν είναι μια τυποποιημένη συνέντευξη, δίνει στους ανθρώπους τη δυνατότητα να απαντήσουν με το δικό τους τρόπο, να αισθάνονται πιο ελεύθεροι στο να εκφράσουν και να εξηγήσουν τη σκέψη, τις στάσεις τους.

Η ημι-δομημένη συνέντευξη είναι πιο ευέλικτη μορφή συνέντευξης ενώ επιτρέπει να εμβαθύνει κανείς περισσότερο (Παπαϊωάννου κ.ά.,(2003). Στην ουσία, ο ερευνητής χρησιμοποιώντας ανοιχτές-κλειστές ερωτήσεις κάνει μια προσπάθεια να καθορίσει την περιοχή που θα διερευνηθεί και να συμβάλλει στη δημιουργία θετικού κλίματος συζήτησης με τους ερωτώμενους. Το αντικείμενό της είναι η διεξαγωγή μίας κατευθυνόμενης συνομιλίας και η απόσπαση ενός πλούσιου και λεπτομερούς υλικού το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ποιοτικές αναλύσεις (May Tim, 1995/ Pope C.& Mays N., 2000).

Η διεξαγωγή της συνέντευξης πραγματοποιήθηκε όσο το δυνατόν αντικειμενικότερα. Οι ερωτήσεις στις οποίες υπεβλήθη οι ερωτηθέντες, περιοριζόταν μόνο στα πλαίσια της έρευνας και στο προκαθορισμένο ερωτηματολόγιο. Αρχικό στάδιο της ημι-δομημένης συνέντευξης ήταν η διευκρίνιση από τον ερευνητή στους ερωτώμενους ότι η πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου περιελάμβανε την απαραίτητα κάθε άλλο συμπλήρωση των δημογραφικών - προσωπικών στοιχείων του κάθε ερωτώμενου. Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, ο ερευνητής δεν προέβη σε καμία περίπτωση σε προσωπικές ερωτήσεις ή σε τυχόν απορίες που θα μπορούσαν να θεωρηθούν άκομψες και προσβλητικές για το πρόσωπο του ερωτώμενου. Σε γενικότερο επίπεδο, η συζήτηση μεταξύ των δύο (2) ατόμων πραγματοποιήθηκε χωρίς καμία χειραγώγηση. Το χρονοδιάγραμμα τηρήθηκε περίπου στα 30 λεπτά. Αυτή η τήρηση ήταν αρκετή ώστε να αποφευχθεί η περιττή φλυαρία που οδηγεί εκτός αντικειμένου έρευνας. Παρατήρηση του ερευνητή, η οποία είναι σημαντική να καταγραφεί, είναι η προσπάθεια αποσαφήνισης των όποιων αποριών που ενδεχομένως να είχαν οι ερωτηθέντες. Στα πλαίσια της έρευνας, η συζήτηση ήταν προφορική, για το λόγο αυτό ο ένας ερευνητής υπέβαλλε τις ερωτήσεις και ο άλλος της κατέγραφε. Οι ερωτώμενοι τόνισαν ρητά ότι δεν θέλουν να ηχογραφηθεί η συνομιλία τους κατά την διεξαγωγή της έρευνας, για το λόγο αυτό ακολουθήθηκε και η συγκεκριμένη μέθοδος.

Η διεξαγωγή και των τριάντα (30) συνεντεύξεων κύλησε ομαλά.

7.7 Ηθική και δεοντολογία της μελέτης

Για τη πραγματοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης κρίθηκε απαραίτητο να ζητηθεί άδεια από την Επιτροπή Ηθικής Δεοντολογίας ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου Κρήτης με αριθμό πρωτοκόλλου 10585/6-8-14 για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ερωτώμενων που συμμετείχαν, εφόσον ο πληθυσμός μελέτης και ο τρόπος διεξαγωγής συνεντεύξεων το επέβαλλαν.

Επίσης, πριν από την έναρξη των συνεντεύξεων ενημερώσαμε τους διευθυντές και τις προϊστάμενες των κλινικών για την πραγματοποίηση της έρευνας για την συναίνεσή τους. Έπειτα, πριν την έναρξή των συνεντεύξεων, οι ερωτώμενοι ενημερωνόντουσαν προφορικά από τον ερευνητή για τον σκοπό της μελέτης, την τήρηση της πλήρους ανωνυμίας, την εχεμύθεια στη χρήση δεδομένων που θα προκύψουν από την έρευνα, καθώς πληροφορίες για τον ερευνητή και το εκπαιδευτικό ίδρυμα που εκπονείται η πτυχιακή εργασία. Στο έγγραφο ενημέρωσης περιέχονταν πληροφορίες για το είδος της έρευνας, για την εθελοντική τους συμμετοχή και ο χρόνος διάρκειας πραγματοποίησης της συνέντευξης.

Καθ' όλη τη διάρκεια της συνέντευξης:

- ✚ Οι ερωτώμενοι συμμετείχαν με την πλήρη συναίνεσή τους
- ✚ Οι ερωτώμενοι μπορούσαν να παρεμβαίνουν
- ✚ Η ερευνήτρια ήταν διαθέσιμη για διευκρινιστικές ερωτήσεις και παρατηρήσεις από τους ερωτώμενους

7.8 Αιτιολόγηση επιλογής μεθόδου ποιοτικής έρευνας – Ανάλυση

Το είδος της έρευνας που επιλέχθηκε να αναπτυχθεί είναι η ποιοτική έρευνα. Αυτή η επιλογή έγινε λόγω του μικρού δείγματος που θα μπορούσαμε να έχουμε στη διάθεσή μας.

Σύμφωνα με τον *Creswel*, (1998), η ποιοτική έρευνα είναι μία διαδικασία διερεύνησης και κατανόησης, βασισμένη σε σαφείς μεθοδολογικές παραδόσεις στρατηγικής οι

οποίες διερευνούν ένα κοινωνικό ή ατομικό πρόβλημα. Ο ερευνητής δομεί μία πολύπλοκη, ολιστική εικόνα, αναλύει λέξεις, περιγράφει τις λεπτομερείς θέσεις των πηγών πληροφορίας και διεξάγει τη μελέτη στο φυσικό της χώρο.

Το κλειδί για την κατανόηση της ποιοτικής ανάλυσης βρίσκεται στο ότι το ‘νόημα/σημασία’ που εμπεριέχεται στην ποιοτική πληροφορία τεκμηριώνεται κοινωνικά από τα μεμονωμένα άτομα σε αλληλεπίδραση με την πραγματικότητά τους. Οι ποιοτικοί ερευνητές ενδιαφέρονται να κατανοήσουν το τι αντανακλούν αυτές οι ερμηνείες σε μία συγκεκριμένη στιγμή και για ένα συγκεκριμένο περιεχόμενο. Το να γίνεται κατανοητό με ποιο τρόπο τα άτομα βιώνουν και αλληλεπιδρούν με τον κοινωνικό τους περίγυρο και τι αντιπροσωπεύει γι’ αυτούς, θεωρείται μία ερμηνευτική ποιοτική προσέγγιση.

Οι λόγοι τώρα που οδήγησαν στη χρήση της ποιοτικής έρευνας είναι (Creswell, 1998):

- ✚ εξαιτίας της ανάγκης για παρουσίαση μίας λεπτομερούς άποψης του προς εξέταση θέματος.
- ✚ με σκοπό να μελετήσει τα άτομα στο φυσικό τους χώρο. Αυτό επιτυγχάνεται με το να πάει ο ερευνητής στο χώρο ή στο πεδίο της μελέτης, κερδίζοντας πρόσβαση και συλλέγοντας υλικό.
- ✚ για να δοθεί έμφαση στον ερευνητή ως ενεργό συμμετέχοντα που μπορεί να πει την ιστορία από την πλευρά των συμμετεχόντων, σε αντίθεση με έναν “ειδικό” που μεταβιβάζει μια άποψη στους συμμετέχοντες (Creswell, 1998).

7.9. Ανάλυση

Η μεθοδολογική ανάλυση που χρησιμοποιήθηκε είναι η ανάλυση περιεχομένου (content analysis), μια διαδικασία αναγνώρισης, κωδικοποίησης και κατηγοριοποίησης της αρχικής μορφής δεδομένων που έχουν συγκεντρωθεί. (Bowling, 2002).

Η ανάλυση περιεχομένου (content analysis), η οποία έχει να κάνει κυρίως σε τεκμήρια γραπτής λεκτικής επικοινωνίας, έχει καθιερωθεί ως μία από τις καλύτερες τεχνικές έρευνας των κοινωνικών επιστημών και των επιστημών του ανθρώπου, αφού στόχο έχει την «αντικειμενική, συστηματική και ποσοτική περιγραφή του φανερού περιεχομένου της επικοινωνίας γραπτού ή προφορικού λόγου», με τελική επιδίωξη

την ερμηνεία (Berelson, 1948 στον Landsheere G. D., 1979: 7). «*Η ανάλυση περιεχομένου αποτελεί την βασική μέθοδο της έμμεσης παρατήρησης*» (Λαμπίρη – Δημάκη Ι. 1990).

Στη συνέχεια, οι ερευνήτριες προχώρησαν στην γραπτή καταγραφή των απαντήσεών τους. Έπειτα τα δεδομένα απαριθμήθηκαν σε ένα πίνακα, ο οποίος περιέχεται στο παράρτημα 3 για την εύκολη ανάγνωσή του από κάποιον ενδιαφερόμενο. Ύστερα από καταγραφή των δεδομένων, οι ερευνητές προχώρησαν σε πλήρη ομαδοποίηση αυτών για την ομαλότερη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων. Πιο συγκεκριμένα, από το α' μέρος του ερωτηματολογίου πάρθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία και από το β' μέρος τα δεδομένα τα οποία είχαν σχέση με το υπό - διερεύνηση θέμα. Οι απαντήσεις του β' μέρους ομαδοποιήθηκαν ανά κατηγορία, σύμφωνα με το κατά πόσο ήταν παρόμοιες. Ύστερα, υπολογίστηκαν και καταγράφηκαν οι όμοιες απαντήσεις ώστε να υπάρξει πλήρη εικόνα των αποτελεσμάτων.

Κεφάλαιοι 8: Αποτελέσματα

8.1 Ανάλυση συνεντεύξεων:

8.1.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο συνολικός αριθμός ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ανέρχεται σε αυτόν των τριάντα (30) ατόμων. Από το συνολικό δείγμα της έρευνας τα ένδεκα (11) άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν άνδρες ηλικίας 29 έως 45 ετών και τα υπόλοιπα δεκαεννιά (19) γυναίκες ηλικίας 39 έως 47 ετών.

Συνολικά για την οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων, από τα τριάντα άτομα (n=30) τα δεκαεννέα (n=19) είναι έγγαμα μεταξύ των οποίων δεκατρείς (n=13) είναι γυναίκες και έξι (n=6) άνδρες. Τα εννέα (n=9) είναι άγαμοι μεταξύ των οποίων τέσσερις (n=4) είναι γυναίκες και πέντε (n=5) άνδρες. Τα δύο (n=2) είναι διαζευμένα και είναι γυναίκες.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων, έντεκα άτομα (n=11) έχουν φοιτήσει στην Ιατρική. Από το συνολικό αριθμό ερωτηθέντων του δείγματος επτά (n=7) έχουν παρακολουθήσει ΤΕΙ Νοσηλευτικής, τρία (n=3) ΤΕΙ Μαιευτικής, πέντε (n=5) ΤΕΙ Κοινωνικής εργασίας, τρία (n=3) ΤΕΙ Επισκεπτών Υγείας και μόλις ένα (n=1) Λύκειο διευτούς φοιτήσεων ΜΤΕΝΣ Βενιζελείου.

Περιγράφοντας την ειδικότητα από τους 30 ερωτώμενους οι οκτώ (n=8) ήταν νοσηλευτές, ακολουθούν οι κοινωνικοί λειτουργικοί (n=5) ενώ το χαμηλότερο μέρος απαρτίζεται από ορθοπαιδικούς (n=2), ψυχιάτρους (n=2), παθολόγους (n=3), μαιευτήρες (n=4), παιδίατρος (n=3) και τέλος οι επισκέπτες υγείας (n=3).

Όσον αφορά, τα χρόνια υπηρεσίας των ερωτηθέντων στην παρούσα μονάδα οι τέσσερις (n=4) στους 30 απάντησαν ότι είχαν 26 χρόνια υπηρεσίας, τρεις (n=3) 2 χρόνια, δύο (n=2) 5 μήνες, δύο (n=2) τέσσερα χρόνια, δύο (n=2) επτά χρόνια, δύο (n=2) οκτώ χρόνια, δύο (n=2) 21 χρόνια και δύο (n=2) 25 χρόνια. Αντίστοιχα, ένας (n=1) έδωσε την απάντηση 3 μήνες, ένας (n=1) 6 μήνες, ένας (n=1) 7 μήνες, Ένας

(n=1) 10 μήνες, ένας (n=1) 13 χρόνια, ένας (n=1) 18 χρόνια, ένας (n=1) 22 χρόνια, ένας (n=1) 23 χρόνια, ένας (n=1) 28 χρόνια και ένας (n=1) 29 χρόνια.

Πίνακας κοινωνικο - δημογραφικών χαρακτηριστικών δείγματος:

	φύλο	Ηλικία	Οικ. κατάσταση	Σπουδές	Ειδικότητα	Έτη εργασίας
Συν 1	Άνδρας	29	Άγαμος	Ιατρική	Παιδίατρος	5 μήνες
Συν 2	Γυναίκα	39	Έγγαμη	Ιατρική	Παιδίατρος	7 μήνες
Συν 3	Άνδρας	35	Έγγαμος	Ιατρική	Ορθοπεδικός	10 μήνες
Συν 4	Άνδρας	45	Έγγαμος	Ιατρική	Παθολόγος	1 χρόνο
Συν 5	Γυναίκα	40	Άγαμη	Ιατρική	Ορθοπεδικός	2 χρόνια
Συν 6	Άνδρας	34	Άγαμος	Ιατρική	Παθολόγος	2 χρόνια
Συν 7	Γυναίκα	36	Έγγαμη	ΤΕΙ Νοσηλευτικής	Νοσηλεύτρια	8 χρόνια
Συν 8	Γυναίκα	50	Διαζευμένη	ΤΕΙ Νοσηλευτικής	Νοσηλεύτρια	26 χρόνια
Συν 9	Γυναίκα	50	Έγγαμη	ΤΕΙ Κοινωνικής Εργασίας	Κοινωνική Λειτουργός	28 χρόνια
Συν 10	Γυναίκα	49	Έγγαμη	ΤΕΙ Κοινωνικής Εργασίας	Κοινωνική Λειτουργός	26 χρόνια
Συν 11	Γυναίκα	49	Έγγαμη	ΤΕΙ Κοινωνικής Εργασίας / ΑΣΠΕΤΕ	Κοινωνική Λειτουργός	25 χρόνια
Συν 12	Άνδρας	47	Έγγαμος	ΤΕΙ Κοινωνικής Εργασίας	Κοινωνικός Λειτουργός	23 χρόνια
Συν 13	Γυναίκα	43	Άγαμη	ΤΕΙ Κοινωνικής Εργασίας	Κοινωνική Λειτουργός	7 χρόνια
Συν 14	Γυναίκα	43	Έγγαμη	ΤΕΙ Νοσηλευτικής	Νοσηλεύτρια	18 χρόνια
Συν 15	Άνδρας	41	Έγγαμος	Ιατρική	Παιδίατρος	3 μήνες
Συν 16	Γυναίκα	34	Έγγαμη	ΤΕΙ Νοσηλευτικής	Νοσηλεύτρια	4 χρόνια
Συν 17	Γυναίκα	61	Έγγαμη	ΤΕΙ Νοσηλευτικής	Νοσηλεύτρια	26 χρόνια
Συν 18	Άνδρας	35	Άγαμος	ΤΕΙ Νοσηλευτικής	Νοσηλευτής	13 χρόνια
Συν 19	Άνδρας	30	Άγαμος	Ιατρική	Παθολόγος	6 μήνες
Συν 20	Άνδρας	41	Άγαμος	Ιατρική	Μαιευτήρας	1 χρόνο
Συν 21	Γυναίκα	49	Έγγαμη	ΤΕΙ Μαιευτικής	Μαία	25 χρόνια
Συν 22	Γυναίκα	55	Έγγαμη	Λύκειο διαιτούς φοιτήσεως ΜΤΕΝΣ	Νοσηλεύτρια	29 χρόνια

				Βενιζελείου		
Συν 23	Γυναίκα	45	Έγγαμη	ΤΕΙ Μαιευτικής	Μαία	21 χρόνια
Συν 24	Γυναίκα	32	Έγγαμη	ΤΕΙ Μαιευτικής	Μαία	8 χρόνια
Συν 25	Γυναίκα	42	Άγαμη	ΤΕΙ Νοσηλευτικής	Νοσηλεύτρια	22 χρόνια
Συν 26	Άνδρας	37	Έγγαμος	Ιατρική	Ψυχίατρος	2 χρόνια
Συν 27	Άνδρας	41	Έγγαμος	Ιατρική	Ψυχίατρος	4 χρόνια
Συν 28	Γυναίκα	34	Άγαμη	ΤΕΙ Επισκεπτών Υγείας	Επισκέπτρια Υγείας	7 χρόνια
Συν 29	Γυναίκα	54	Έγγαμη	ΤΕΙ Επισκεπτών Υγείας	Επισκέπτρια Υγείας	26 χρόνια
Συν 30	Γυναίκα	47	Διαζευγμένη	ΤΕΙ Επισκεπτών Υγείας	Επισκέπτρια Υγείας	21 χρόνια

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Συχνότητα επαφής με μετανάστες ασθενείς

Η επόμενη ενότητα του ερωτηματολογίου αναφέρεται στις γενικότερες πληροφορίες για την χρήση υπηρεσιών του νοσοκομείου. Όσον αφορά τη συχνότητα επαφής των υπαλλήλων με τους μετανάστες ασθενείς, η δημοφιλέστερη απάντηση με δέκα (n=16) απαντούντες από τους 30 είναι ότι η επαφή είναι αρκετά συχνή, σχεδόν μια φορά την εβδομάδα.

Συν.21: Μαία	«Αρκετά συχνή. Παλαιότερα υπήρχαν περισσότερα περιστατικά»
-----------------	--

Ακολουθεί η καθημερινή επαφή με επτά άτομα (n=7), ενώ σε παρόμοια συχνότητα (n=6) η επαφή είναι πολύ συχνή. Η συχνή επαφή (n=5) και η σχεδόν καθημερινή επαφή (n=4) εμφανίζονται με μικρότερη ένταση.

Πρώτη επικοινωνία, αξιολόγηση από το τμήμα και παρακολούθηση ασθενών μεταναστών

Αναφορικά, με την υλοποίηση της πρώτης επικοινωνίας, της αξιολόγησης από το

τμήμα του ερωτώμενου και με το πώς παρακολουθούνται οι ασθενείς μετανάστες η δημοφιλέστερη απάντηση είναι τα επείγοντα με απαντήσεις δέκα (n=14) στους 30 ερωτώμενους.

Συν2:Παιδίατρος	Εξετάζονται από τα επείγοντα και αναλόγως μπορεί να νοσηλευτούν ή να χορηγηθούν κάποια φάρμακα και να φύγουν.
Συν8:Νοσηλεύτρια	Από τα επείγοντα ή τακτικά ιατρεία. Ακολουθούν κανονικά την διαδικασία όπως οι ομογενείς.
Συν5:Ορθοπεδικός	Όπως όλοι οι υπόλοιποι. Έρχονται στα επείγοντα και μετά νοσηλεύονται αν χρειαστεί, δηλαδή με κανονική νοσηλεία. Υπάρχει προεγχειρητική και μετεγχειρητική παρακολούθηση.

Έπειτα, επέρχονται οι απαντήσεις εξωτερικά ή τακτικά ιατρεία (n=6) και ότι οι ασθενείς έρχονται από μόνοι τους (n=6). Ακόμη, η πρώτη επικοινωνία μπορεί να επέλθει με εισαγγελική εντολή (n=4) με παραπομπή των ιατρών (n=3), αίτημα κλινικών ή κάποιας υπηρεσίας (n=3)

Συν9:Κοιν.λειτουργός	«Κάποια παραπομπή από εκεί που νοσηλεύονται, είτε από μόνοι τους. Ανάλογα με το αίτημα τους, οικονομικό πρόβλημα.»
Συν26:ψυχίατρος	«Από κάποια υπηρεσία, η αστυνομία(εισαγγελικό), από κάποιο Κοινωνικό Λειτουργό τις περισσότερες φορές. Σπάνια έρχονται μόνοι τους.»
Συν28:Επισκ.υγείας	«Η εισαγωγή γίνεται είτε με εισαγγελικό είτε από μόνοι τους. Γίνεται με προσωπική επαφή, όχι με κάποια παραπομπη. Νοσηλεύονται είτε ακούσια είτε εκούσια. Αν τους λείπουν χαρτιά επικοινωνούμε με την Κοινωνική Υπηρεσία.»

Κάλυψη εξόδων ιατρικής περίθαλψης

Αναφορικά με την γνώση της κάλυψης των εξόδων της ιατρικής περίθαλψης για τους μετανάστες ασθενείς που παρακολουθούνται στο νοσοκομείο, οι περισσότεροι ερωτώμενοι , δηλ είκοσι δύο (n=22) από τους 30 απάντησαν ότι τα έξοδα αυτά καλύπτονται από την ασφάλεια του κάθε ατόμου.

Συν23:Μαία	«Ασφαλισμένοι από την ασφάλεια αλλιώς σε ανασφάλιστους
------------	--

	γίνεται διακανονισμός από το γραφείο κίνησης για την πληρωμή.»
Συν21:Μαία	«Μέσω ασφάλειας, διαφορετικά με βιβλιάριο πρόνοιας και απορίας. Το γραφείο κίνησης γνωρίζει και ασχολείται.»

Οι εννέα (n=9) από τον διακανονισμό που πραγματοποιείται με το γραφείο κίνησης ενώ οι (n=8) εμφανίζουν κάποιο πιστοποιητικό οικονομικής καθώς αποτελούν μετανάστες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Μια επιπρόσθετη απάντηση που δόθηκε είναι ότι αρμόδιο είναι το κράτος (n=3) λόγω της εισαγγελικής παρέμβασης που κάνει προκειμένου να έρθει το περιστατικό στο νοσοκομείο.

Συν26:Ψυχίατρος	«Αν είναι της Ευρωπαϊκής Ένωσης βγάζουν βιβλιάρια αν δεν έχουν. Αλλιώς πληρώνουν με διακανονισμό οι ανασφάλιστοι. Τα εισαγγελικά δεν πληρώνουν.»
-----------------	--

Τέλος, τρεις (n=3) μας απάντησαν ότι υφίσταται λάθρα νοσήλεια, ενώ μόλις δύο (n=2) μας είπαν πως όλοι έχουν την ίδια πρόσβαση έπειτα από υπουργική απόφαση. Μόλις ένας (n=1) απάντησε ότι υφίστανται και ποικίλες διακρατικές συμφωνίες και η ύπαρξη ενός νόμου, κατά τον οποίο όλοι οι ανασφάλιστοι, Έλληνες πολίτες Ευρωπαϊκής Ένωσης και πολίτες που δεν είναι στην Ευρωπαϊκή Ένωση αλλά μένουν μόνιμα έχουν την ίδια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη με τους Έλληνες (n=1).

Συν30:Επισκ.υγείας	«Με μία καινούργια υπουργική απόφαση όλοι έχουν την ίδια πρόσβαση, ασφαλισμένοι ή ανασφάλιστοι ενώ πριν πλήρωναν οι ανασφάλιστοι. Περιμένουμε να δούμε την πράξη αυτής της απόφασης γιατί μέχρι τώρα το είχαμε σε χαρτιά.»
Συν29:Επισκ.υγείας	«Νόμος που όλοι οι ανασφάλιστοι, Έλληνες πολίτες Ευρωπαϊκής Ένωσης και πολίτες που δεν είναι στην Ευρωπαϊκή Ένωση αλλά μένουν μόνιμα έχουν την ίδια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη με τους Έλληνες.»

ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

1. Επικοινωνία ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας και μετανάστες ασθενείς**Προβλήματα επικοινωνίας με μετανάστες ασθενείς:**

Το επόμενο μέρος του ερωτηματολογίου σχετίζεται με τις εμπειρίες του προσωπικού. Αναφορικά με την επικοινωνία ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας και μετανάστες ασθενείς υφίστανται δύο (2) ερωτήσεις. Η πρώτη αποτυπώνει την ύπαρξη προβλημάτων όσον αφορά την επικοινωνία με τους μετανάστες ασθενείς. Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα είναι και η γλώσσα με εικοσιεπτά (n=27) άτομα να συμφωνούν στους 30 ερωτώμενους.

Συν9:Κοιν.λειτουργός	«Συχνά προβλήματα γλώσσας όχι με Ευρωπαίους που γνωρίζουν Αγγλικά. Βοηθάνε οι Πρεσβείες. Οι Ασιάτες και οι Αφρικανοί έχουν πρόβλημα. Ο Εθνικός Οργανισμός βοηθάει για τους μεταφραστές»
Συν5:ορθοπαιδικός	«Κάποιες φορές ναι, όταν δεν ξέρουν τα ελληνικά ή τα αγγλικά.»

Ιεραρχικά, στις απαντήσεις που δόθηκαν από τους ερωτώμενους καταγράφονται η διαφορετικότητα της κουλτούρας των ηθών και εθίμων (n=2), της καχυποψίας (n=1), της απαίτησης (n=1) και ότι το είδος των προβλημάτων εξαρτάται από την εθνικότητα με μόλις ένα απατώντα (n=1).

Συν19:Παθολόγος	«Η γλώσσα είναι πρόβλημα γιατί δεν μπορούμε να συνεννοηθούμε αρκετά καλά.»
Συν27:ψυχίατρος	«Ναι υπάρχουνε πολλές φορές, λόγω γλώσσας και κουλτούρας. Έλλειψη πληροφοριών από οικείους και περιβάλλον.»
Συν29:Επισκ.υγείας	«Απαιτητικοί, θέλουν αυτό που θέλουν εδώ και τώρα κυρίως οι Αλβανοί. Θέματα συνενόησης, ξεχνάνε τα ραντεβού τους. Δεν είναι συνεπείς. Δίνουν άλλα τηλέφωνα, ξένα.»

Τρόποι επίλυσης προβλημάτων επικοινωνίας:

Όσον αφορά, τον σύνηθες τρόπο επίλυσης των προβλημάτων επικοινωνίας, οι ένδεκα (n=11) στους 30 ερωτώμενους απάντησαν ότι ο πιο συνηθισμένος τρόπος επίλυσης προβλημάτων επικοινωνίας είναι η χρήση μεταφραστή- διερμηνέα, ενώ εννέα (n=9) στους 30 απάντησαν μέσω εργαζομένων του νοσοκομείου.

Συν8:Νοσηλεύτρια	«Με μεταφραστή που ψάχνουμε ή με άλλους από το νοσοκομείο, π.χ. εργαζόμενους.»
Συν12:Κοιν.λειτουργός	«Μπορεί να είναι εργαζόμενοι που μπορούν να βοηθήσουν. Κοιτάμε σε προξενείο για να στείλει μεταφραστή.»
Συν15:Παιδιάτρος	«Βρίσκουμε άλλους που βρίσκονται στο νοσοκομείο και μας βοηθάνε στην συνενόηση, είτε είναι συγγενείς, είτε άλλους μετανάστες που γνωρίζουν και ελληνικά, είτε από το προσωπικό, π.χ. καθαρίστριες.»

Έπειτα, επτά (n=7) από αυτούς δήλωσαν ότι ένας τρόπος είναι μέσω χρήσης της νοηματικής, τέσσερις (n=6) δήλωσαν μέσω βοήθειας συγγενικών-συνοδών προσώπων, δύο (n=2) μέσω αποκλειστικών νοσοκόμων, δύο (n=2) μέσω χρήσης ipad μέσω τηλεδιασκέψεων και google translate, ένας (n=1) μέσω συζήτησης, μέσω προξενίων- πρεσβειών (n=1) και τέλος ένας (n=1) δήλωσε ότι μερικές φορές χρησιμοποιούν το ιδιωτικό συνεργείο καθαρισμού για να βοηθήσει.

Συν22:Νοσηλεύτρια	«Κάποιος από το νοσοκομείο που γνωρίζει βοηθάει ή μέσω νοηματικής.»
Συν17:Νοσηλεύτρια	«Με την βοήθεια των εργαζομένων που είναι κυρίως αλλοδαποί ή με τη χρήση ipad μέσω τηλεδιασκέψεων.»
Συν28:Επισκ.υγείας	«Για κάποιες γλώσσες επικοινωνούμε με προξενία ή με κάποιον οργανισμό για μεταφραστή.»

2. Δυσκολίες κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες ασθενείς

Δυσκολίες στην εξυπηρέτηση των μεταναστών ασθενών

Η δεύτερη ενότητα εμπεριέχει ερωτήσεις σχετικές με τις δυσκολίες κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες ασθενείς. Οι ερωτήσεις αυτής της ενότητας ανέρχονται στις τέσσερις (4). Οι δεκαπέντε (n=15) στους 30 ερωτώμενους απάντησαν ότι η μεγαλύτερη δυσκολία που αντιμετωπίζουν στην εξυπηρέτηση των μεταναστών ασθενών είναι η γλώσσα.

Συν1:Παιδίατρος	«Τα ίδια με ομογενείς, μόνο η γλώσσα αν εξαιρέσεις.»
Συν6:παθολόγος	«Η γλώσσα και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις που μπορεί να έχουν.»

Μόλις οκτώ (n=8) στους 30 δήλωσαν ότι η επόμενη δυσκολία που αντιμετωπίζουν είναι θέματα κοινωνικής ασφάλειας, ενώ τρεις (n=3) είπαν οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, τρεις (n=3) την έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος και τρεις (n=3) την καχυποψία λόγω φόβου ρατσιστικής τάσης.

Συν13:Κοιν.λειτουργός	«Οι περισσότεροι δεν έχουν στέγη, δουλειά, υποστηρικτικό περιβάλλον. Άλλοι είναι πολλά χρόνια και έχουν υποστηρικτικό περιβάλλον.»
Συν11:Κοιν.λειτουργός	«Δυσπιστία που έχουν, πώς να τους εξηγήσεις το πρόβλημα λόγω γλώσσας ή αν δεν έχουν ασφάλεια στο να δείς πως θα τους βοηθήσεις και να βρεις λύση. Για να φτιάχνουμε τα χαρτιά τους με επικοινωνία με τις πρεσβίες, μόνο να μην είναι από εμπόλεμες ζώνες.»

Επιπλέον δυσκολία που βρέθηκε ήταν αυτή της διεξαγωγής ιστορικού για προηγούμενα νοσήματα, απάντηση που έδωσαν μόλις 2 άτομα (n=2), ενώ δύο (n=2) ανέφεραν την γραφειοκρατία στην έκδοση εγγράφων. Ακολούθως δύο άτομα (n=2) είπαν ότι η έλλειψη ασφαλούς στέγης για μετα-νοσοκομειακή διαμονή αποτέλεσε μια δυσκολία για τους επαγγελματίες υγείας, ενώ ένας (n=1) ανέφερε τη δυσκολία των μεταναστών να κατανοήσουν τη κατάστασή τους. Επιπλέον αναφέρθηκε ότι τα περισσότερα προβλήματα τα αντιμετωπίζει η κοινωνική υπηρεσία (n=1). Τέλος, η διαδικασία επαναπατριsmού (n=1), η δυσκολία εύρεσης λήψης φαρμάκων (n=1) και η αδυναμία να πραγματοποιηθούν όλες οι απαραίτητες εξετάσεις λόγω οικονομικών

(n=1) ήταν ένα δύσκολο κομμάτι για τη παροχή υπηρεσιών.

Συν18:Νοσηλεύτης	«Δεν μπορούμε να πάρουμε καλό ιστορικό ή δεν ξέρουμε προηγούμενα νοσήματα ή που φεύγουν χωρίς να πληρώσουν.»
Συν28:Επισκ.υγείας	«Πολύ γραφειοκρατία για την έκδοση εγγράφων και δυσκολία σε επαφή με το κοινωνικό τους περιβάλλον για να επικοινωνήσουμε μαζί τους για την κατάσταση.»
Συν27:Ψυχίατρος	«Δεν υπάρχει περιβάλλον για το θεραπευτικό έργο και για τους ανασφάλιστους ψάχνουμε τρόπους για τα φάρμακα και τις συνθήκες.»

Προβλήματα που αντιμετωπίζουν με τον παράνομο μετανάστη ασθενή κατά την διάρκεια των επισκέψεων του στη μονάδα υγείας που υπηρετούν

Η επικρατέστερη απάντηση που δόθηκε σχετικά με τα προβλήματα αντιμετώπισε ο ερωτώμενος με τον παράνομο μετανάστη ασθενή κατά την διάρκεια των επισκέψεων του στη μονάδα υγείας που εργάζεται ήταν η προσκόμιση και η έλλειψη των απαραίτητων εγγράφων σε σύνολο επτά (n=7) στους 30 ερωτώμενους.

Συν10:Κοιν.λειτουργός	«Δεν έχουν έγγραφα για να προχωρήσουμε την διαδικασία και πρέπει να απευθυνθούμε στις πρεσβίες και αν μας απαντήσουν. Πάντα βρίσκουμε μία λύση.»
Συν13:Κοιν.λειτουργός	«Αν δεν έχουν χαρτιά είναι δύσκολο στο να βοηθηθεί. Δεν μπορεί να πάρει βιβλιάριο υγείας ή για να πάει στη χώρα του να πάρει φάρμακα εφόσον δεν έχει βιβλιάριο υγείας.»
Συν25:Νοσηλεύτρια	«Είναι ανασφάλιστοι, οπότε υπάρχουν έξοδα για την νοσηλεία τους και συνήθως δεν έχουν τα απαραίτητα χαρτιά. Δεν μπορούν να καλύψουν τα έξοδα τους.»

Επόμενα προβλήματα που αναφέρονται είναι η λαθραία έξοδος από το νοσοκομείο μιας και δεν έχουν τα χρήματα να πληρώσουν (n=5), προβλήματα με το γραφείο κίνησης λόγω έλλειψης ασφάλειας (n=4), η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος (n=2), τα ψεύτικα στοιχεία και πλαστά έγγραφα (n=4), η δυσκολία κατανόησης της κατάστασης της υγείας τους (n=2), η έλλειψη ασφαλούς στέγης για μετα-

νοσοκομειακή παρακολούθηση (n=2), υπογράφουν για πρόωρη έξοδο από το νοσοκομείο λόγω αδυναμίας κάλυψης νοσηλείας (n=1) ενώ άλλοι απάντησαν ότι δεν αντιμετωπίζουν κανένα πρόβλημα (n=2).

Συν20:Μαιευτήρας	«Φεύγει χωρίς να πληρώσει ή δεν θα κάνει τις εξετάσεις και δεν θα έρθει για παρακολούθηση μετά που θα φύγει. Καθώς και τι ασθένειες μπορεί να έχουν.»
Συν23:Μαία	«Φεύγουν χωρίς να πληρώσουν και υπάρχουν κλοπές σε άλλους θαλάμους. Δίνουν πολλές φορές πλαστά χαρτιά ή ψεύτικα στοιχεία.»
Συν24:Μαία	«Ο παράνομος μετανάστης έρχεται και λαμβάνει περίθαλψη και φεύγει λαθραία χωρίς να πληρώσει. Υπάρχει πρόβλημα δεν συμμορφώνεται.»
Συν28:Επισκ.υγείας	«Ότι δεν έχει που να πάει μετά την έξοδο του και την επικοινωνία μαζί τους.»

Διακρίσεις από τους επαγγελματίες υγείας ως προς τους μετανάστες

Όσον αφορά τις διακρίσεις από τους επαγγελματίες υγείας ως προς τους μετανάστες, οι περισσότεροι ερωτώμενοι δεν συμφώνησαν με αυτή την παραδοχή (n=16) στους 30 ερωτώμενους.

Συν12:Κοιν.λειτουργός	«Δεν υφίστανται διακρίσεις. Όταν δεν έχει ασφάλεια και πρέπει να πάρει ένα φάρμακο, θα τον πάνε στον γιατρό για να τους δώσει ένα φάρμακο οικονομικότερο αλλά να έχει την ίδια δράση με το ακριβό.»
Συν17:Νοσηλεύτρια	«Δεν νομίζω, όχι. Δεν το επιτρέπω. Δεν με αφορά αν πληρώνουν όλοι αλλά δεν θέλω να το βάλω μπροστά στη σχέση μου με τον ασθενή.»

Τέσσερις (n=4) από αυτούς παραδέχονται ότι μια ημερίδα αυτών των ανθρώπων υφίστανται διακρίσεις ενώ τρεις (n=3) ότι οι μετανάστες έχουν την ίδια αντιμετώπιση με τους ομογενείς. Μεμονωμένες απαντήσεις που δόθηκαν ήταν ότι διακρίσεις (n=3) υφίστανται σε σημαντικό βαθμό και ότι πραγματοποιούνται από όλο το σύστημα (n=1). Τέλος, ένα μέρος των ατόμων πιστεύει ότι η διάκριση οφείλεται

κυρίως σε ταξικό επίπεδο (n=1), ενώ μόλις δύο (n=2) άτομα υπογραμμίζουν ότι η διάκριση δεν υφίστανται στον ψυχιατρικό τομέα.

Συν14:Νοσηλεύτρια	«Ναι, υφίστανται πολύ. Διακρίσεις συμπεριφοράς, τους βλέπουν με άλλο μάτι, κυρίως ταξική διάκριση»
Συν18:Νοσηλευτής	«Ναι, σε πολλές περιπτώσεις. Δεν τους προσέχουν το ίδιο με τον ομογενή. Τους παραμελούν λίγο, δηλαδή στα χειρουργεία βάζουν τους Έλληνες πρώτα.»
Συν21:Μαία	«Κακά τα πράγματα υπάρχουν διακρίσεις, αλλά είναι λίγοι αυτοί που θα έχουν αυτή την στάση. Ο τρόπος συμπεριφοράς των μεταναστών σε κάνει να θέλεις να βοηθήσεις. Άλλοι που είναι αγενείς προξενούν οι ίδιοι να έχουμε αυτή την στάση απέναντι τους.»
Συν22:Νοσηλεύτρια	«Πάρα πολύ. Υπάρχουν άτομα που δεν τους θέλουν και έχουν διαφορετική αντιμετώπιση στον ξένο από ότι στον ομογενή.»
Συν27:Ψυχίατρος	«Από το σύστημα ολόκληρο υφίστανται αλλά όχι τόσο ιδιαίτερα από τους επαγγελματίες υγείας»

Κυριότερα εμπόδια για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες ασθενείς

Σχετικά με τα κυριότερα εμπόδια που προκύπτουν στην παροχή υπηρεσιών υγείας στην μονάδα που υπηρετούν, η πλειοψηφία των ερωτώμενων δήλωσε ότι δεν υπάρχει κανένα εμπόδιο (n=10).

Συν10:Κοιν.λειτουργός	«Δεν υπάρχει τίποτα. Πολλές φορές βάζουμε εμείς λεφτά. Δεν υπάρχουν δομές και υπηρεσίες.»
Συν24:Μαία	«Δεν έχω αντιμετωπίσει πολλά εμπόδια. Με καλό τρόπο και συνενόηση καταφέρνω πολλά. Με τσαμπουκά τίποτα.»

Μόλις οκτώ (n=8) απάντησαν ότι τα έξοδα λόγω έλλειψης ασφάλειας αποτελούν τροχοπέδη στη συσχέτιση των ενεργειών. Ένα επιπλέον εμπόδιο είναι αυτό της επικοινωνίας (n=4). Ακόμη, η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος (n=3), η

δυσκολία στην επεξήγηση της διαδικασίας που ακολουθείται και η ενημέρωση της κατάστασής τους (n=1), η έλλειψη ιατροφαρμακευτικής κάλυψης μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (n=3), η έλλειψη στέγης για μετα-νοσοκομειακή διαμονή (n=2), η έλλειψη εργαλείων δουλειάς, υποδομής, υποστηριζόμενων προγραμμάτων, ιδρυμάτων, δομών και υπηρεσιών (n=2), ο φόβος για τις εξετάσεις και τα φάρμακα (n=1), η επιθετικότητα (n=1) η λαθραία έξοδος (n=1), η γραφειοκρατία (n=1), είναι πλέον τα συνηθέστερα εμπόδια αυτής της κατάστασης.

Συν26:Ψυχίατρος	«Η γλώσσα, να μην υπάρχει επικοινωνία. Η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τις πληροφορίες που θέλουμε και το τι θα απογίνουν μετά που θα φύγουν.»
Συν5:Ορθοπαιδικός	«Επεξήγηση της διαδικασίας που τηρείται και ενημέρωση για την κατάστασή του γιατί συχνά είναι καχύποπτοι.»
Συν13:Κοιν.λειτουργός	«Δεν έχουν που να πάνε όταν είναι άστεγοι και υπάρχει κίνδυνος για την ζωή τους.»
Συν29:Επισκ.υγείας	«Ανασφάλιστοι που δεν μπορούν να κάνουν εμβόλια και να πάρουν φάρμακα.»

3. Στάσεις και απόψεις επαγγελματιών υγείας όσον αφορά τη παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες ασθενείς και ομογενείς ασθενείς

Στάση απέναντι στους μετανάστες ασθενείς. Περιγραφή εμπειρίας

Η τρίτη ενότητα αναφέρεται στις στάσεις και τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά τη παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες ασθενείς και ομογενείς ασθενείς. Η πρώτη ερώτηση αφορά την στάση που είχε απέναντι στον ερωτώμενο ο ασθενής, ενώ παράλληλα ζητείται από τον ερωτώμενο να περιγράψει την δική του εμπειρία. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (n=20) διατύπωσαν ότι η στάση που κρατούν απέναντι σε αυτήν την ημερίδα ανθρώπων είναι ίδια με τους ομογενείς, στις περιπτώσεις, όμως που και αυτοί είναι ευγενικοί ή υπάρχει επικοινωνία (n=2).

Συν7:Νοσηλεύτρια	«Το ίδιο με τους ομογενείς. Χωρίς διακρίσεις γιατί είναι ασθενείς.»
------------------	---

Συν22:Νοσηλεύτρια	«Η ίδια με τους ομογενείς, δεν υπάρχει διαφορά, όλοι είναι άνθρωποι και χρήζουν βοήθεια.»
Συν29:Επισκ.υγείας	«Η ίδια με τους ομογενείς. Είναι άνθρωποι που απλά ζουν σε άλλη χώρα. Ας έρθουμε στην θέση τους.»

Ένας σημαντικό αριθμός ατόμων απάντησαν ότι τους αντιμετωπίζουν με ευγένεια και ευαισθησία (n=3). Η στάση των εργαζόμενων μπορεί να είναι θετική και επαγγελματική (n=1), ποικίλη (n=1), άψογη στάση άλλα και με λίγη δυσφορία λόγω πίεσης(n=1) , καλή στις περιπτώσεις που δεν υπάρχουν απαιτήσεις, διαφορετικά υπάρχει ένταση (n=1). Επίσης, κάποιες φορές υπάρχει καχυποψία από ιατρούς και αλλοδαπούς ασθενείς (n=1) .

Συν13:Κοιν.λειτουργός	«Ευαισθησία λόγω του ότι είναι μόνος του χωρίς υποστηρικτικό περιβάλλον.»
Συν23:Μαία	«Άψογη και θα τους προτιμούσα όπως ανέφερα πριν. Δυσφορία μόνο αν έχουμε πίεση της δουλειάς για να πάρουμε τα ακριβή τους στοιχεία.»
Συν25:Νοσηλεύτρια	«Η ίδια όπως σε κάθε ασθενή. Θα κάνω τα ίδια όπως και σε έναν Έλληνα, άσχετα με το ότι μπορεί να νοιώθω διαφορετικά.»

Αντιμετώπιση παράτυπων μεταναστών, προσφύγων και απασχολούμενων νόμιμων μεταναστών στην αγορά εργασίας από τους επαγγελματίες υγείας

Αναφορικά με τον τρόπο αντιμετώπισης συγκεκριμένων περιπτώσεων όπως παράτυπων μεταναστών, προσφύγων και απασχολούμενων νόμιμων μεταναστών στην αγορά εργασίας, οι δεκαέξι (n=16) στους 30 ερωτώμενους απάντησαν ότι η αντιμετώπιση είναι ίδια με τους ομογενείς.

Συν15:Παιδιάτρος	«Δεν παίζει κανένα ρόλο αν είναι μετανάστης, είτε νόμιμος είτε όχι.»
Συν21:Μαία	«Δεν πρέπει να κάνουν κάτι διαφορετικό στη μία κατηγορία, από την άλλη. Όλοι χρήζουν βοήθειας.»
Συν23:Μαία	«Πιστεύω ότι είναι η ίδια αντιμετώπιση και για τις 3 κατηγορίες.»

	Εγώ προσωπικά με τον ίδιο τρόπο τους αντιμετωπίζω.»
--	---

Οι πέντε (n=5) από αυτούς απάντησαν ότι δεν έχουν γνώση επί του θέματος ενώ δύο (n=2) από αυτούς απάντησαν ότι αντιμετωπίζονται με αλληλεγγύη και ευαισθησία. Δύο (n=2) από αυτούς απάντησαν ότι υπάρχει προκατάληψη και επιφυλακτικότητα.

Συν13:Κοιν.λειτουργός	«Αρνούμαι να πιστέψω ότι δεν υπάρχει ευαισθησία.»
Συν24:Μαία	«Υπάρχει προκατάληψη γενικότερα. Άλλοι τους αντιμετωπίζουν καλά και άλλοι όχι. Είναι το στυλ των μεταναστών διαφορετικό. Άλλοι συμμορφώνονται και άλλοι έρχονται με μαγκιά, είναι είτε καλοί είτε κακοί.»

Ένας (n=1) μόλις απάντησε ότι κυριαρχεί η αντίληψη ότι οι Έλληνες πληρώνουν τα νοσήλια, ενώ οι μετανάστες φεύγουν λαθραία. Άλλες απαντήσεις που δόθηκαν ήταν ότι υπάρχει εκμετάλλευση από το σύστημα (n=1) ότι δεν υφίστανται καμία διαφοροποίηση ανάμεσα στους ανθρώπους (n=2) και ότι δεν παίζει ρόλο εάν ο μετανάστης είναι νόμιμος ή όχι (n=1).

Συν16:Κοιν.λειτουργός	Αν δεν είχα σπουδάσει Κοινωνική Εργασία πιθανόν να είχα άλλες αντιλήψεις. Οι γιατροί συζητούν ότι εμείς σαν Έλληνες φορολογούμενοι θα πληρώνουμε τα νοσήλια τους ενώ αυτοί θα φεύγουν.
-----------------------	--

Απόψεις για το εάν έχουν ή θα έπρεπε να έχουν ίσα δικαιώματα οι μετανάστες με τους ομογενείς.

Αναφορικά με το εάν οι μετανάστες έχουν ή θα έπρεπε να έχουν ίσα δικαιώματα υγειονομικής περίθαλψης με τους ομογενείς, αναφέρεται ότι έχουν ίσα δικαιώματα εφόσον είναι νόμιμοι (n=11), εφόσον αποτελούν επείγον περιστατικό (n=3), έχουν δικαίωμα έστω και με παράνομη εργασία (n=4) και γενικότερα σε ένα νοσοκομείο ο καθένας έχει πρόσβαση ανεξαιρέτως (n=4). Οι δέκα (n=10/30) αναφέρουν ότι θα έπρεπε να έχουν ίσα δικαιώματα με τους ομοεθνείς αρκεί να είναι νόμιμοι (n=3/30) και εφόσον ζουν και εργάζονται στη χώρα (n=3/30)

Συν21:Μαία	«Πρέπει να έχουν ίδια δικαιώματα από την στιγμή που εργάζονται εδώ έστω και παράνομα. Έχουν τα ίδια δικαιώματα από την στιγμή που έρχονται στο νοσοκομείο. Εμείς θα τους δώσουμε βοήθεια. Εμάς δεν μας νοιάζει εάν είναι ασφαλισμένοι ή όχι. Είναι θέμα άλλων αυτό. Αυτά τα κανονίζει το κράτος και το γραφείο κίνησης.»
Συν23:Μαία	«Πιστεύω ναι θα έπρεπε να έχουν ίσα δικαιώματα, αφού ζουν και εργάζονται στην χώρα μας, με ή χωρίς ασφάλιση.»
Συν17:Νοσηλεύτρια	«Πρέπει να έχουν ίδια δικαιώματα αλλά να είναι νόμιμοι. Στην ζωή θα πρέπει να έχουν όλοι ίδια δικαιώματα. Είναι όλοι άνθρωποι και πρέπει να κάνουμε το ίδιο.»

Οι επτά (n=7/30) απάντησαν ότι δεν έχουν ίσα δικαιώματα για τους λόγους ότι είναι ανασφάλιστοι (n=7), δεν έχουν τακτοποιηθεί γραφειοκρατικά (n=4) και υφίστανται ενέργειες ρατσισμού (n=1).

Συν14:Νοσηλεύτρια	«Αν πληρώνουν ασφάλεια να έχουν, διαφορετικά γιατί να έχουν;»
Συν16:Νοσηλεύτρια	«Δεν έχουν ίσα δικαιώματα γιατί υπάρχει ο ρατσισμός και με την κρίση έχει εξαπλωθεί αυτή η άποψη και όλα τα ρίχνουν στους μετανάστες. Είναι θύματα.»

Απόψεις για το αν η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι η ίδια για τους μετανάστες ασθενείς και για τους ομογενείς

Σχετικά, με την ίδια προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας μεταξύ μεταναστών ασθενών και ομογενών, οι περισσότεροι ερωτώμενοι (n=13) στους 30 απάντησαν ότι η πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία είναι η ίδια.

Συν2:Παιδίατρος	«Στα δημόσια νοσοκομεία ναι, στην ιδιωτική διαφέρει λόγω οικονομικών.»
Συν14:Νοσηλεύτρια	«Δεν είναι η πρόσβαση, το θέμα είναι ότι βγαίνουν χρεωμένοι και οι ίδιοι αλλά και το νοσοκομείο.»

Οι εννέα (n=9) από αυτούς απάντησαν ότι η πρόσβαση δεν είναι ίδια, όμως θα έπρεπε, και αυτό υφίσταται εξαιτίας του φόβου των παράνομων μεταναστών. Δύο (n=2) απάντησαν ότι θα έπρεπε να έχουν ίδια πρόσβαση στις περιπτώσεις που είναι ασφαλισμένοι. Άλλες απαντήσεις που δόθηκαν είναι ότι το ίδιο το σύστημα κάνει διακρίσεις (n=1) , ο ρατσισμός και προκατάληψη λόγω του ότι είναι ανασφάλιστοι (n=1) και ότι δεν είναι η ίδια επειδή δεν γνωρίζουν το σύστημα υγείας (n=1).

Συν1:Παιδίατρος	«Όχι, επειδή φοβούνται αφού μπορεί να είναι παράνομοι.»
Συν5:Ορθοπεδικός	«Όχι, δεν έχουν. Δεν έχουν τα ίδια μέσα και δυσκολεύονται αφού δεν ξέρουν το σύστημα υγείας.»
Συν11:Κοινωνική λειτουργός	«Ναι, η ίδια είναι. Ένας μετανάστης έχει τα ίδια δικαιώματα με τον ομογενή. Αρκεί να έχει τα απαραίτητα έγγραφα. Το έκτακτο καλύπτεται πάντα οικονομικά, ενώ το προγραμματισμένο δεν καλύπτεται και θα επιλυθεί πληρωτικά ή ασφαλιστικά. Το ίδιο γίνεται και για ομογενείς και μετανάστες.»

Συναισθήματα επαγγελματιών υγείας κατά την παροχή υπηρεσιών σε μετανάστες ασθενείς

Όσον αφορά τα συναισθήματα που επικρατούν κατά την παροχή υπηρεσιών σε μετανάστες ασθενείς, οι απαντήσεις που δόθηκαν είναι ότι τα συναισθήματα είναι τα ίδια με τους ομογενείς και η αντιμετώπιση ίση δηλώνουν έντεκα (n=11) στους 30 ερωτώμενους.

Συν23:Μαία	«Εμείς τους αντιμετωπίζουμε το ίδιο με τους ομογενείς και επειδή έχεις να κάνεις με την έγκυο και το έμβρυο, είναι το ίδιο, με ευαισθησία.»
Συν8:Νοσηλεύτρια	«Θαλπωρή και μια ανάγκη να τον βοηθήσεις γιατί και αυτός για το καλύτερο αύριο πασχίζει.»

Η θαλπωρή και η κατανόηση (n=7) , τα θετικά συναισθήματα (n=4) η λύπη για το ότι είναι βιοπαλαιστές και συνάμα εριστικοί (n=3) , η ευγένεια και ο σεβασμός (n=1) η δυσφορία (λόγω κούρασης, δυσκολίας, επικοινωνία και κουλτούρας) (n=1) , η ενσυναίσθηση (n=2), ανάμεικτα συναισθήματα (n=1), η συμπόνια και η θετική στάση (n=1) είναι μόνο μερικά από τα συναισθήματα. Μόλις ένας (n=1) απάντησε

ότι τα συναισθήματα για τους ομογενείς είναι χειρότερα από ότι όταν συνεργάζεται με μετανάστη.

Συν21:Μαία	«Θετικά συναισθήματα. Τον άνθρωπο τον αντιμετωπίζω σαν άνθρωπο είτε είναι από αλλού και έχει διαφορετική θρησκεία και κουλτούρα.»
Συν24:Μαία	«Χειρότερα συναισθήματα έχω για τους ομογενείς μέχρι τώρα αλλά με τους αλλοδαπούς έχω καλή σχέση. Έχει να κάνει με τον τρόπο που φέρεται ο άλλος είτε είναι μετανάστης είτε ομογενής.»
Συν26:Ψυχίατρος	«Το ίδιο, δεν αλλάζει. Αν δεν υπάρχει επικοινωνία, υπάρχει κούραση λόγω γλώσσας.»
Συν17:Νοσηλεύτρια	«Τους λυπάσαι, γιατί κάποιοι προσπαθούν, είναι βιοπαλεστές. Άλλοι πάλι είναι εριστικοί και νιώθεις περίεργα όταν βλέπεις τέτοιες συμπεριφορές.»
Συν29:Επισκ.υγείας	«Κάποιοι είναι ευγενέστατοι και άλλοι που δεν μπορείς να συνεννοηθείς μαζί τους λόγω των απαιτήσεων τους.»

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Πρακτικές για την καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες ασθενείς

Η τελευταία ενότητα του ερωτηματολογίου σχετίζεται με τις προτάσεις των επαγγελματιών υγείας. Αναφορικά με τις πρακτικές που θα βοηθούσαν στην καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες ασθενείς, οι ερωτηθέντες ήταν δεκτικοί να απαντήσουν. Η πλειοψηφία των απαντήσεων συγκεντρώνεται γύρω από τις υπηρεσίες μετάφρασης, επτά (n=7) στους 30 ερωτηθέντες οι οποίες θα ήταν πολύ βοηθητικές στη μεταξύ τους επικοινωνία.

Συν1:Παιδίατρος	«Αν είχαμε κοινωνικές υπηρεσίες για επικοινωνία για να μην φοβούνται.»
Συν25:Νοσηλεύτρια	«Να υπάρχει πάντα μεταφραστής, σχετικώς με την υγεία για να αποδώσει σωστά.»

Ακολουθούν η καλύτερη εκπαίδευση του προσωπικού (n=4), οι κοινωνικές υπηρεσίες

(n=2), η νομιμοποίηση των μεταναστών με στοιχειώδη δικαιώματα (n=3), η καλύτερη συνεργασία με οργανισμούς (n=2), η ίδρυση υποστηρικτικών δομών (n=2), καλύτερο κράτος πρόνοιας (n=1), προσπάθειες εξάλειψης του ρατσισμού (n=1), η καλή συμπεριφορά (n=1), η νομοθετική κατοχύρωση και μείωση της γραφειοκρατίας (n=2), η εφαρμογή του νέου νόμου (n=2), η ασφάλιση με οποιονδήποτε τρόπο και η καλύτερη οργάνωση του γραφείου των μεταναστών (n=1) για την καλύτερη καταγραφή στοιχείων των μεταναστών.

Συν6:Παθολόγος	«Υπηρεσίες μετάφρασης, κοινωνικές υπηρεσίες για το μετά που θα φύγουν. Και καλύτερη καταγραφή στοιχείων.»
Συν9:Κοιν.λειτουργός	«Αν τους μονιμοποιούσαν και τους βάζανε τα στοιχειώδη δικαιώματα για να καλύπτουν βασικές ανάγκες.»
Συν11:Κοιν.λειτουργός	«Συνεργασία με οργανισμούς, υπηρεσίες για τα έγγραφα και λύσεις για την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη.»
Συν15:Παιδίατρος	«Να ασφαρίζονται, είτε με την εργασία τους, είτε με οποιοδήποτε άλλο τρόπο.»
Συν16:Νοσηλεύτρια	«Θα θέλαμε ένα καλύτερο κράτος πρόνοιας με ότι αυτό συνεπάγεται.»
Συν22:Μαία	«Να εξαλειφθεί ο ρατσισμός, για να υπάρχει καλύτερη αντιμετώπιση απέναντι στους μετανάστες.»

Προτάσεις για την επίτευξη καλών πρακτικών στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες

Τέλος, οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να επισημάνουν προτάσεις, οι οποίες απαιτούνται για την επίτευξη καλών πρακτικών στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες. Η βέλτιστη πρόταση είναι η εκπαίδευση και ενημέρωση όλων για τους μετανάστες με σύνολο έξι (n=6) στους 30 ερωτώμενους.

Συν16:Νοσηλεύτρια	«Καλύτερη παιδεία και αντιμετώπιση της ξеноφοβίας και του ρατσισμού. Θα έπρεπε να γίνουν καμπάνιες ενημέρωσης.»
Συν23:Μαία	«Εκπαίδευση προσωπικού για να μην υπάρχουν ρατσιστικές

	στάσεις και προκαταλήψεις. Να αλλάξει το σύστημα προς το καλύτερο για όλους και όχι μόνο για τους ομογενείς.»
--	---

Στη συνέχεια, φάνηκε ότι μόλις τέσσερις (n=4) ανέφεραν ότι απαραίτητη είναι η ύπαρξη μόνιμων μεταφραστών στα νοσοκομεία που θα διευκολύνουν την επικοινωνία τους. Επίσης, προτάθηκε η ίση μεταχείριση και η απόκτηση δικαιωμάτων για όλους (n=2), η εγκαθίδρυση ενός γραφείου μεταναστών στα νοσοκομεία (n=2), να δημιουργηθούν υποστηρικτικές δομές και χώρος στέγασης (n=3), η εθελοντική εργασία από τους συγγενείς των μεταναστών προκειμένου να ξεχρεωθεί το χρέος (n=1), η βελτίωση των συνθηκών, της στελέχωσης και του ήδη υπάρχοντος προσωπικού (n=1), η αντιμετώπιση της ξενοφοβίας και του ρατσισμού (n=2) ακόμη και η αλλαγή του συστήματος υγείας (n=2) Επιπλέον, ιδιαίτερα ωφέλιμη είναι και η υλοποίηση του ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενή (n=1), η συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων μερών (της πολιτείας, των πολιτών και των υπηρεσιών) (n=1), το οργανωμένο κέντρο προς αποφυγή μεταφοράς των ασθενειών (n=1) και της διοργάνωση καμπανιών ενημέρωσης (n=1).

Συν7:Νοσηλεύτρια	«Να υπάρχει μεταφραστής αν και δύσκολο. Να μην υπάρχει ρατσισμός και κάποια εκπαίδευση.»
Συν9:Κοιν.λειτουργός	«Το να υπάρχει νομοθεσία για να είναι ίσοι όλοι και να μην φοβούνται στην πρόσβαση και να μην κάνουν παρανομίες.»
Συν11:Κοιν.λειτουργός	«Διερμηνέας σε κάθε νοσοκομείο και επικοινωνίες με πρόξενους ή να υπάρχουν κάποιοι αντιπρόσωποι για να τους βοηθάνε σε έγγραφα.»
Συν14:Νοσηλεύτρια	«Δεν είναι σωστό να τους πετάξουμε έξω αλλά αντί να επιβαρύνουν το νοσοκομείο, θα μπορούσαν οι συγγενείς τους να προσφέρουν εθελοντική εργασία στο νοσοκομείο για να ξεχρεώσουν.»
Συν28:Επισκ.υγείας	Ίδρυση κέντρου περίθαλψης μεταναστών και μείωση γραφειοκρατίας. Καθώς και υλοποίηση ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενή για καλύτερη πρόσβαση για τον ασθενή.

Κεφάλαιο 9: Συζήτηση - Συμπεράσματα

9.1 Συζήτηση αποτελεσμάτων

Μέσα από την έρευνα δίνεται η ευκαιρία να φανεί έμπρακτα η θέληση και η καλή διάθεση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους μετανάστες ασθενείς και ειδικότερα τη τωρινή εποχή όπου η χώρα μας μαστίζεται από την οικονομική κρίση και ολοένα και περισσότεροι μετανάστες έρχονται στη χώρα μας.

Μέσα από αυτή ομολογουμένως, αυξήθηκε και η δική μας γνώση όσον αφορά τις στάσεις και απόψεις των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά τη παροχή υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες ασθενείς. Μας δόθηκε η δυνατότητα μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση και τις εμπειρίες των επαγγελματιών υγείας να γνωρίσουμε τι υφίστανται οι μετανάστες ασθενείς κατά τον ερχομό τους στο νοσοκομείο του ΠΑΓΝΗ Κρήτης αλλά σε ένα γενικότερο πλαίσιο μάθαμε και για τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας πώς ανταπεξέρχονται σε καταστάσεις μεταναστών ασθενών.

Συγκεκριμένα, αυτό που διαπιστώθηκε, ήταν ότι στην Ελλάδα δεν έχουν γίνει πολλές έρευνες με τη σχετική θεματολογία αλλά έχουν διαπιστωθεί πολλές θεωρίες. Αυτό το γεγονός εμποδίζει να αναδειχθεί η πραγματική διάσταση του φαινομένου.

Αυτό που προκύπτει όμως είναι, ότι το ελληνικό θεσμικό πλαίσιο όσον αφορά την πρόσβαση μεταναστών στο σύστημα υγείας είναι περιοριστικό και ειδικότερα στις περιπτώσεις αυτών που δεν διαθέτουν νόμιμα έγγραφα παραμονής στη χώρα υποδοχής. Μπορεί βάση νόμου να δέχονται ιατρική περίθαλψη όσοι έχουν χαρτιά αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι εάν δεν έχουν ότι δεν θα εξεταστούν.

Όπως παρατηρήθηκε από την έρευνα, η συχνότητα επαφής με μετανάστες ασθενείς στο νοσοκομείο του ΠΑΓΝΗ, (έχοντες και μη έχοντες νόμιμα έγγραφα παραμονής) θεωρείται αρκετά συχνή έως καθημερινή, πράγμα που υποδηλώνει και την αυξημένη μεταναστευτική κίνηση στην χώρα μας και όπως σωστά επαληθεύετε από τους Kluge.V et al. (2012) η πρώτη επαφή των μεταναστών με το νοσοκομείο, γίνεται στο τμήμα των Επειγόντων μιας και είναι πιο προσβάσιμο. Η κάλυψη εξόδων ιατρικής τους περίθαλψης, απ'ότι φαίνεται διασφαλίζεται είτε μέσω της ασφάλειάς τους εάν είναι ασφαλισμένοι ενώ για τους μη έχοντες νόμιμα έγγραφα παραμονής η διαδικασία είναι περισσότερο περίπλοκη.

Τα προβλήματα όμως δεν σταματούν εκεί. Η κατάσταση αρχίζει να γίνεται περίπλοκη

και έντονη όταν το ίδιο το σύστημα βάζει εμπόδια στο έργο των επαγγελματιών υγείας, προκαλώντας με αυτό τον τρόπο αδυναμία ανταπόκρισης στις ιδιαίτερες ανάγκες που προκύπτουν, πράγμα που επιβεβαιώνεται από τους Priebe et al. (2011).

Η συμπεριφορά επαγγελματιών υγείας και ασθενών αποτελεί το πλέον σημαντικό για τη δημιουργία ασφαλούς σχέσης μεταξύ τους. Όταν οι μετανάστες ασθενείς πιστεύουν ότι τους συμπεριφέρονται με καχυποψία και θέλουν να τους κάνουν κακό έτσι αντίστοιχα εάν το προσωπικό νιώθει επιφυλακτικά απέναντί τους τότε δεν μπορεί να υπάρξει σχέση εμπιστοσύνης. Θέματα όπως η κοινωνική ασφάλιση και η έλλειψη υπηρεσιών μετάφρασης μέσα στα νοσοκομεία, αποτελούν μείζον ζητήματα και εκεί είναι που θα πρέπει να στραφεί η ελληνική κοινωνία, προκειμένου ένα μέρος των προβλημάτων να αντιμετωπιστεί.

Επιπλέον, αυτό που παρατηρήθηκε είναι ότι παρά του ότι οι μετανάστες ασθενείς επιδέχονται ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στο νοσοκομείο του ΠΑΓΝΗ, υπολείπονται υποστηρικτικές δομές απαραίτητα στελεχωμένες για τα άτομα που δεν έχουν στέγη και χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης. Έτσι, οι ασθενείς φεύγουν από το νοσοκομείο, λόγω οικονομικής αδυναμίας δεν παίρνουν την απαραίτητη αγωγή ενώ υπάρχει κίνδυνος επιστροφής τους με μεγαλύτερα προβλήματα υγείας αυτή τη φορά.

Ως εκ τούτου, αυτό που έγινε αντιληπτό είναι ότι οι πολιτικές που εφαρμόζονται στην Ελλάδα, είναι ελλιπείς. Υπάρχει έλλειψη προγραμμάτων ενημέρωσης του υπάρχοντος υγειονομικού συστήματος, έλλειψη πολιτισμικής εκπαίδευσης από πλευράς των επαγγελματιών υγείας και ως εκ τούτου, έλλειψη διαθέσιμου χρόνου για την διεξαγωγή επισκέψεων. Το σύστημα υγείας φαίνεται να έχει καταρρεύσει και τα μέτρα που λαμβάνονται δεν ικανοποιούν κανέναν.

Πέραν όμως των θεμάτων που προκύπτουν από πλευράς του συστήματος υγείας, υπάρχουν και αυτά που προκύπτουν από πλευράς των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, τα οποία και επιβεβαιώνονται από τους Priebe et al (2011) και από τους Καλαφάτη και Παικοπούλου (2011). Σε αυτά συγκαταλέγεται το κομμάτι της αδυναμίας των μεταναστών ασθενών να κατανοήσουν και να μιλήσουν την ελληνική γλώσσα και αποτελεί ίσως το σημαντικότερο πρόβλημα σχετικά με την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας και στην επαφή τους με τους επαγγελματίες υγείας.

Η μεταναστευτική κατάσταση του ασθενούς, η έλλειψη εξοικείωσης με το υπάρχον σύστημα υγείας και οι πολιτισμικές διαφορές αποτελούν ζητήματα που θα πρέπει να γίνονται σεβαστά.

Όπως φαίνεται, το προσωπικό έρχεται αντιμέτωπο με τις ανησυχίες, τις υπερβολικές απαιτήσεις, την μερική ανάρμοστη συμπεριφορά των μεταναστών κατά τον ερχομό τους στο νοσοκομείο ενώ παράλληλα αναφέρεται ότι οι πρακτικές παροχής φροντίδας υγείας δεν διαφέρουν μεταξύ ελλήνων και μεταναστών ασθενών.

Εντύπωση προκάλεσαν οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τη στάση που κρατούν απέναντι στους μετανάστες ασθενείς κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας. Το προσωπικό, όπως αποδεικνύεται και από τον Μανομενίδη, Γ, (2009), δείχνει να μεταχειρίζεται τους μετανάστες ασθενείς με ιδιαίτερη κατανόηση και συμπάθεια κατανοώντας την δύσκολη κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Εκτιμούν την μεγαλύτερη ανάγκη και προσοχή που μπορεί να απαιτείται για την εξέτασή τους παρόλο που μερικές φορές μπορεί να οδηγήσει σε ένταση και ενόχληση. Αυτό το εύρημα έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα των Nunez, R, et al (2011), σχετικά με τα συναισθήματα που επικρατούν κατά τη διάρκεια παροχής φροντίδας σε μετανάστες ασθενείς. Πέραν τούτων όμως, υπάρχουν και τα περιστατικά ατόμων που όπως μας ανέφεραν και οι ερωτώμενοι, διατηρούν μια ρατσιστική στάση απέναντι στους μετανάστες ασθενείς. Σε αυτό το σημείο, εντύπωση προκαλεί το γεγονός, ότι κάποια από τα άτομα του δείγματος ανέφεραν ότι δεν έχουν παρατηρήσει κάποιου είδους διάκριση σε βάρος των ασθενών ενώ έχουν αντιληφθεί ρατσιστική συμπεριφορά και διαχωρισμό λόγω ενδοπολιτισμικής διαφορετικότητας, των απαιτήσεων που έχουν και της εριστικής τους συμπεριφοράς, πράγμα το οποίο επιβεβαιώνεται και από τον Μανομενίδη, Γ (2009) και από τους Ποτουρίδου και Προκοπίου, (2007).

9.2 Απάντηση ερευνητικών ερωτημάτων

Η παρούσα πτυχιακή έχει ως σκοπό την διερεύνηση των στάσεων και απόψεων των επαγγελματιών υγείας για τους μετανάστες ασθενείς. Η έρευνα είναι ποιοτική και βασισμένη στη χρήση του ερωτηματολογίου. Συνολικά, έλαβαν μέρος στην έρευνα 30 άτομα του ιατρικού, νοσηλευτικού προσωπικού των κοινωνικών λειτουργών και των διοικητικών υπαλλήλων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης (ΠΑΓΝΗ).

Ξεκινώντας λοιπόν, με τις δυσκολίες που καταγράφηκαν κατά την παροχή υπηρεσιών σε μετανάστες ασθενείς από τους επαγγελματίες υγείας, θα λέγαμε ότι τη μεγαλύτερη θέση κατέχει το κομμάτι της **επικοινωνίας (γλώσσα)**, μιας και δεκαπέντε (n=15/30) άτομα μας έδωσαν αυτή την απάντηση. Ομοίως, από τη

βιβλιογραφική ανασκόπηση των Καλαφάτη και Παικοπούλου (2011), επιβεβαιώνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας συναντούν σοβαρά προβλήματα στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία με τους μετανάστες ασθενείς καθώς διαφέρουν στη γλώσσα και την έκφραση (Καλαφάτη Μαρία, Παικοπούλου Δήμητρα (2011)).

Το θέμα της κοινωνικής ασφάλισης των μεταναστών ασθενών: με οκτώ (n=8/30) άτομα να δίνουν αυτή την απάντηση και η έλλειψη απαραίτητων εγγράφων (n=7/30) μιας και στις περισσότερες περιπτώσεις εφόσον δεν έχουν ασφάλεια πρέπει να καλύψουν οι ίδιοι τα έξοδά τους, είτε με απευθείας πληρωμή είτε μέσω κάποιου διακανονισμού με το γραφείο κίνησης του νοσοκομείου. Στην έρευνα του Καψάλη επιβεβαιώνεται ότι όποιος πολίτης δεν διαθέτει ασφάλεια είναι υποχρεωμένος να πληρώσει για την χρήση υγειονομικών υπηρεσιών που του παρέχονται (2004).

Η έλλειψη υπηρεσιών μετάφρασης: πράγμα που επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Kluge κ.ά (2012), σύμφωνα με την οποία η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα που δεν διαθέτει υπηρεσίες μετάφρασης σε κανένα τμήμα υγειονομικής φροντίδας (Kluge U, Bogic M, Deville W, et al. (2012)).

Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών συνοδευόμενες από την καχυποψία: δυσχεραίνει την ευκολία παροχής υπηρεσιών. Όπως σωστά τονίζεται από τους Καλαφάτη και Παικοπούλου (2011), οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν γνώση των πολιτισμικών πρακτικών και πιστεύω των ασθενών τους (Καλαφάτη Μαρία, Παικοπούλου Δήμητρα (2011)).

Ο τρόπος που λειτουργεί το σύστημα υγείας ή από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας: Υπάρχουν περιπτώσεις όπου παρατηρείται έλλειψη εμπιστοσύνης μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας, ιδιαίτερα όταν οι μετανάστες ασθενείς αισθάνονται ότι το σύστημα υγείας δεν τους συμπεριφέρεται σωστά και θέλει να τους κάνουν κακό πράγμα που επιβεβαιώνεται και από τους Priebe et al. (2011).

Κατανόηση της κατάστασής τους αλλά και με τη περιγραφή της ασθένειάς τους στον ιατρό: αποτελεί επίσης πρόβλημα. Ο τρόπος περιγραφής τους είναι τέτοιος που καθιστά δύσκολη τη διάγνωσή τους, πράγμα που επιβεβαιώνουν ο Priebe et al. (2011) σε σχετική έρευνα που πραγματοποίησαν.

Έλλειψη ιατρικού ιστορικού: Στη περίπτωση αυτή, δεδομένου του προβλήματος επικοινωνίας που υπάρχει, φαίνεται να υπάρχει δυσκολία στο να παρθεί ιατρικό

ιστορικό από τους μετανάστες ασθενείς, πράγμα που δυσκολεύει τη διάγνωση και ακολούθως την χορήγηση σωστής θεραπείας.

Μεταναστευτική κατάσταση του ασθενούς: εφόσον οι ασθενείς είναι χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής, υπάρχει πρόβλημα εάν χρειαστεί να νοσηλευτούν ή να τους χορηγηθεί κάποιο φάρμακο, λόγω φόβου απέλασης από τη χώρα. Στις περιπτώσεις αυτές, υπάρχει κίνδυνος για λαθραία έξοδος από το νοσοκομείο, να μην ξαναεμφανιστούν στο υγειονομικό κέντρο παρά το γεγονός ότι χρειάζονται παρακολούθηση αλλά και να μην πάρουν την φαρμακευτική αγωγή που απαιτείται για την ίαση της ασθένειάς τους λόγω οικονομικής αδυναμίας.

Τέλος, συγκαταλέγονται **η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, η ανάρμοστη συμπεριφορά και απαιτήσεις** που αντιμετωπίζουν από πλευράς των μεταναστών ασθενών, **η καχυποψία, η έλλειψη ασφαλούς στέγης** για μετα-νοσοκομειακή διαμονή, **η λαθραία έξοδος** από το νοσοκομείο, εφόσον δεν μπορούν να πληρώσουν, **δυσκολίες με το γραφείο κίνησης, τα πλαστά έγγραφα** που δίνουν προκειμένου να εξεταστούν, **οι κλοπές σε θαλάμους** και τέλος **η υπογραφή για πρόωρη έξοδό τους** λόγω αδυναμίας κάλυψης νοσηλείων.

Όσον αφορά τις στάσεις και απόψεις των επαγγελματιών υγείας στη παροχή υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες ασθενείς και τους ομογενείς στο ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου Κρήτης, φαίνεται ξεκάθαρα ότι το προσωπικό έχει κατά κύριο λόγο ίδια στάση και στους μεν και στους δε. Όπως παρουσιάζετε από τις απαντήσεις των ερωτώμενων, οι επαγγελματίες υγείας διατηρούν ίδια στάση και στους μετανάστες και στους ομογενείς, καθώς όλοι είναι άνθρωποι, και χρήζουν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Η στάση που κρατάνε είναι ποικίλη, ενώ χαρακτηρίζεται θετική και επαγγελματική. Σε λίγες περιπτώσεις βέβαια, υπάρχει δυσφορία και ένταση κατά την εξέταση λόγω της πίεσης που υπάρχει και τον αυξημένο αριθμό περιπτώσεων που πρέπει να παρακολουθηθούν και στις υπερβολικές απαιτήσεις που έχουν. Κατά κύριο λόγο όμως, κυριαρχεί η ευαισθησία και η ευγένεια λόγω του ότι είναι μόνοι σε μια ξένη χώρα, χωρίς υποστηρικτικό περιβάλλον.

Όσον αφορά τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας στο κομμάτι των ίσων δικαιωμάτων υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ ομογενών και μεταναστών ασθενών, αυτό που προκύπτει είναι ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των ερωτηθέντων (n=17/30) συμφωνεί στο ότι οι μετανάστες ασθενείς έχουν ίσα δικαιώματα αρκεί να είναι

νόμιμα διαμένοντες ($n=6/30$) , να αποτελούν επείγον περιστατικό($n=3/30$) , εφόσον εργάζονται στη χώρα έστω και με παράνομη εργασία ($n=4/30$) και εφόσον εισέρχονται στο νοσοκομείο($n=4/30$). Δώδεκα ($n=12/30$) άτομα απάντησαν ότι δεν έχουν ίσα δικαιώματα όσοι δεν έχουν ασφάλεια ($n=7/30$), δεν είναι τακτοποιημένοι γραφειοκρατικά ($n=4/30$) αλλά και λόγω ρατσιστικών συμπεριφορών($n=1/30$) που αντιμετωπίζουν. Τέλος, δέκα ($n=10/30$) δήλωσαν ότι θα έπρεπε να έχουν ίσα δικαιώματα($n=8/30$) αρκεί να είναι νόμιμοι($n=2/30$).

Όσον αφορά το εάν η πρόσβαση υπηρεσιών υγείας είναι η ίδια για τους μετανάστες και για τους ομογενείς, δεκατρείς ($n=13/30$) απάντησαν ότι η πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία είναι η ίδια. Όλοι οι ασθενείς είναι άνθρωποι, έχουν τα ίδια δικαιώματα και πρέπει να παρέχονται οι ίδιες υπηρεσίες σε όλους ανεξαιρέτως. Ένα μέρος των ατόμων αυτών, απάντησαν ότι η πρόσβαση δεν είναι η ίδια αλλά θα έπρεπε. Άλλες πιθανές απαντήσεις είναι ότι θα έπρεπε να είναι η ίδια εφόσον όμως είναι ασφαλισμένοι.

Αναλύοντας σιγά σιγά τις συνεντεύξεις, φτάνουμε να καταλήγουμε στο εάν τελικά υπάρχει διαφοροποίηση των στάσεων και απόψεων των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά τη παροχή υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες ασθενείς και τους ομογενείς στο ΠΑΓΝΗ.

Αυτό που παρατηρούμε είναι ότι, ενώ από τη μια οι επαγγελματίες υγείας, δεκαέξι στους τριάντα ($n=16/30$) αναφέρουν ότι δεν υπάρχει καμιά διαφοροποίηση ή διάκριση σε βάρος των μεταναστών, από την άλλη έντεκα ($n=11/30$) αναφέρουν ότι οι μετανάστες ασθενείς καλώς ή κακώς υφίστανται κάποια διάκριση είτε αυτή έχει να κάνει με τη συμπεριφορά τους (είναι εριστικοί, έρχονται με τσαμπουκά) είτε σε κάποια ταξική διάκριση. Όπως αναφέρετε από έναν ερωτώμενο: « Ναι, σε πολλές περιπτώσεις. Δεν τους προσέχουν το ίδιο με τον ομογενή. Τους παραμελούν λίγο, δηλαδή στα χειρουργεία βάζουν πρώτα τον έλληνα».

Άλλες απαντήσεις που δόθηκαν ήταν η εμπάθεια που πιθανόν να αισθάνονται για αυτό και έχουν διαφορετική αντιμετώπιση στον ξένο ή λόγω του ότι δεν συμμορφώνονται. Μια πολύ σημαντική απάντηση που θεωρήθηκε απαραίτητο να καταγραφεί είναι: «Από το σύστημα ολόκληρο υφίστανται διακρίσεις και όχι από τους επαγγελματίες υγείας». Η αντίληψη αυτή επιβεβαιώνεται από τον Μανομενίδη Γ, (2009), σε έρευνα που έκανε σε νοσηλευτικό προσωπικό σε νοσοκομεία της Δυτικής

Μακεδονίας .

Φτάνοντας λοιπόν να απαντήσουμε ποιες επιμέρους διαφορές παρατηρήθηκαν κατά τη παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και ομογενείς ασθενείς, προέκυψε ότι υπάρχουν διαφορές, είτε είναι θετικές είτε αρνητικές. Αυτό που προέκυψε λοιπόν ήταν ότι, σε περιπτώσεις που ο ασθενής ήταν ανασφάλιστος και χρειαζόταν κάποιο φάρμακο, του έδιναν ένα φάρμακο οικονομικότερο αλλά με την ίδια δράση με το ακριβό. Ταυτόχρονα, πολλές ήταν οι φορές, όπως εξομολογήθηκαν οι ερωτώμενοι, που οι ίδιοι μάζευαν χρήματα για την κάλυψη των φαρμάκων τους μιας και δεν υπήρχε άλλος τρόπος. Άλλοι ανέφεραν ότι παρακολουθούσαν τους μετανάστες ασθενείς εκτός συστήματος και τους έγραφαν φάρμακα εθελοντικά δημιουργώντας κόλπα. Στις αρνητικά διαφορές σημειώνονται η παραμέληση που ενδεχομένως μπορεί να δείχνουν κάποιοι επαγγελματίες υγείας σε βάρος των μεταναστών ασθενών, για τον ρατσισμό που υφίστανται από ορισμένους και τη καχυποψία που ακολουθεί, την έλλειψη ευγένειας, την προκατάληψη και το φόβο.

Όπως έδειξαν τα αποτελέσματα, η ανάγκη παροχής υγειονομικής φροντίδας σε μετανάστες ασθενείς, προκαλεί στους περισσότερους επαγγελματίες υγείας ανάμεικτα συναισθήματα. Οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους ανέφεραν ότι τα συναισθήματα που κυριαρχούν είναι η θαλπωρή, ο σεβασμός, η ευγένεια, η κατανόηση, η συμπόνια και η λύπηση. Όπως, όμως προκύπτει από την ανάλυση, πολλοί από τους μετανάστες ασθενείς είναι εριστικοί και απαιτητικοί, με αποτέλεσμα οι επαγγελματίες υγείας να νιώθουν περίεργα με αυτή τη στάση. Αυτά που υπογραμμίζονται, είναι η δυσφορία, η ένταση και η κούραση που νιώθουν λόγω της δύσκολης επικοινωνίας μεταξύ τους και της κουλτούρας που έχουν.

Πέραν τούτων όμως, απαραίτητο είναι να τονιστεί ότι μόλις (n=4) μας δήλωσαν ότι προτιμούν να συνεργάζονται με μετανάστες παρά με τους ομογενείς, καθώς είναι πιο υπάκουοι, ευγενικοί και δημιουργούν καλύτερη επαγγελματική σχέση, δηλώνοντας μάλιστα ότι έχουν χειρότερα συναισθήματα για τους ομογενείς.

Σε αυτό το σημείο, η έρευνά μας έρχεται να αντικρούσει κατά κάποιο τρόπο την έρευνα των Terraza et al, (2011), σύμφωνα με την οποία, τα συναισθήματα που καταγράφηκαν ήταν κυρίως αρνητικά.

Το κλείσιμο των ερευνητικών ερωτημάτων, περιλαμβάνει τις προτάσεις των επαγγελματιών υγείας για την επίλυση των εκάστοτε προβλημάτων στη παροχή

υπηρεσιών υγείας και γενικότερα στο σύστημα υγείας.

Αυτό που προτείνεται και που θεωρείται ως απαραίτητη προϋπόθεση για την καλύτερη επικοινωνία και παροχή υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες ασθενείς είναι η κατάλληλη εκπαίδευση και η ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας, ώστε να αποφεύγονται οι ρατσιστικές τάσεις και προκαταλήψεις. Έτσι, το προσωπικό, γνωρίζοντας τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά του κάθε ασθενή θα αποδέχεται πιο εύκολα τους θρησκευτικούς περιορισμούς ή τα πολιτισμικά τους ταμπού χωρίς να τα παραβιάζουν και από πλευράς τους, οι μετανάστες ασθενείς δεν θα νιώθουν ότι δεν τους καταλαβαίνουν και δεν στηρίζουν τη πολιτισμική τους διαφορετικότητα.

Η ύπαρξη υπηρεσιών μετάφρασης στα νοσοκομεία, θεωρείται επίσης σημαντική καθώς με αυτό τον τρόπο, η επικοινωνία μεταξύ προσωπικού και ασθενών σαφώς θα γίνει καλύτερη και οι επαγγελματίες θα μπορούν να παίρνουν με μεγαλύτερη ευκολία το ιατρικό ιστορικό που απαιτείται για την διάγνωση και τη θεραπεία που θα ακολουθηθεί αργότερα. Ακολουθώντας, οι υποστηρικτικές δομές και ο χώρος διαμονής για μετα-νοσοκομειακή διαμονή, για όσους δεν έχουν στέγη να μείνουν θεωρείται αναγκαία για την εξασφάλιση της υγείας τους. Άλλες προτάσεις που αναφέρθηκαν, ήταν η αλλαγή πολιτικής σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας, η ύπαρξη γραφείου μεταναστών στα νοσοκομεία όπου θα υπάρχει ηλεκτρονικός φάκελος για τον κάθε ασθενή, η ίδρυση κέντρου περίθαλψης μεταναστών, καλύτερη στελέχωση του ΕΣΥ, εθελοντική εργασία από τους συγγενείς των ασθενών για την εξόφληση του χρέους στα νοσοκομεία, καμπάνιες ενημέρωσης, και τέλος, η συνεργασία πολιτείας μεταξύ φορέων-πολιτών και υπηρεσιών θεωρείται ίσως η πιο αναγκαία.

9.3 Περιορισμοί της μελέτης

Οι ερευνητές κατέβαλαν κάθε δυνατή προσπάθεια και εφάρμοσαν, στο έπακρο, τα κριτήρια, τα οποία καθιστούν μια έρευνα αξιόπιστη. Βασικός και απαραίτητος στόχος ήταν η άντληση αξιόπιστων και έγκαιρων αποτελεσμάτων. Στο σημείο όμως, αυτό κρίνεται, αναγκαίο να τονισθούν και ορισμένοι περιορισμοί που υπήρξαν. Η αντικειμενικότητα των απαντήσεων από τους ερωτηθέντες μπορεί να αποτελέσει ένα περιορισμό της έρευνας. Στην προσπάθεια για την διασφάλιση όσο το δυνατόν αντικειμενικότερων απαντήσεων έγιναν αρκετές διευκρινιστικές παρεμβολές κατά τη διάρκεια συνεντεύξεων. Επιπρόσθετα, η τήρηση του απορρήτου επιπλέον δεδομένων που πιθανόν να δόθηκαν, κατέστη σαφής και απαραίτητη. Ο περιορισμένος αριθμός του συνολικού δείγματος των 30 ερωτώμενων, μπορεί να έχει πιθανές συνέπειες

στην αδυναμία γενίκευσης των αποτελεσμάτων στον γενικό πληθυσμό. Μια ακόμη δυσκολία, έγκειται στο γεγονός ότι ο χρόνος και η διάθεση για την διεξαγωγή των συνεντεύξεων από την πλευρά των ερωτώμενων ήταν περιορισμένος. Όμως σαν περιορισμοί της έρευνας μπορούν να τεθούν και κάποιες αντικειμενικές δυσκολίες όπως ο χρονικός περιορισμός για την συλλογή των δεδομένων, καθώς η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε ως πτυχιακή εργασία στα πλαίσια λήψης πτυχίου. Επίσης, η παράλληλη καταγραφή των απαντήσεων από τους ερευνητές κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων ελαχιστοποιεί την πιθανότητα δημιουργίας σφάλματος. Η περιορισμένη βιβλιογραφία όσον αφορά τις στάσεις και απόψεις των επαγγελματιών υγείας για τη περίθαλψη των μεταναστών μπορεί να τεθεί ως ένας περιοριστικός παράγοντας. Τέλος, μια μεγάλη δυσκολία που είναι απαραίτητο να τονιστεί, είναι η έγκριση από τους διευθυντές των κλινικών του Βενιζελείου νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης. Στην αρχή οι ερευνήτριες σκόπευαν να διεξαχθεί η συγκεκριμένη έρευνα και στα δύο δημόσια νοσοκομεία του Ηρακλείου Κρήτης, και στο Βενιζέλειο και στο ΠΑΓΝΗ ώστε να διεξαχθεί μια συγκριτική μελέτη αλλά έπειτα από αντιδράσεις που προέκυψαν από τους διευθυντές των κλινικών τελικά αποφασίστηκε η έρευνα να διεξαχθεί μόνο στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο(ΠΑΓΝΗ).

9.4 Συμπεράσματα

Τα χαρακτηριστικά του φαινομένου της παγκοσμιοποίησης, έχουν δημιουργήσει πολυμορφία στους πληθυσμούς αρκετών χωρών με αποτέλεσμα την προσέλκυση σημαντικών αριθμών μεταναστών. Η μετανάστευση παρουσιάζει ένα διαδικαστικό ρόλο στη διαμόρφωση των κοινωνιών. Αντίστοιχα, οι μετανάστες, λόγω των δυσοίωνων συνθηκών διαβίωσης αντιμετωπίζουν ποικίλα προβλήματα και ιδιαίτερα κατά την επίσκεψή τους σε δημόσιες μονάδες του συστήματος υγείας, όπως επίσης και οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν από πλευράς τους πληθώρα προβλημάτων.

Η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας όπως αποδεικνύετε δεν είναι οι ίδιες. Ναι μεν στα δημόσια νοσοκομεία όλοι έχουν το δικαίωμα να εισαχθούν αλλά απαραίτητη προϋπόθεση είναι τα νομιμοποιητικά έγγραφα που θα έχουν στη διάθεσή τους. Σε ότι αφορά τους μετανάστες που δεν έχουν τα κατάλληλα έγγραφα αυτό που ισχύει είναι ότι δεν έχουν δικαίωμα πρόσβασης στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και

στη νοσοκομειακή περίθαλψη, παρά μόνο στα επείγοντα περιστατικά και μέχρι να σταθεροποιηθεί η κατάστασή τους. Στη προκειμένη περίπτωση όμως, από ότι φαίνεται, οι μετανάστες ασθενείς περιθάλπονται κανονικά στο νοσοκομείο ΠΑΓΝΗ, είτε έχουν χαρτιά είτε δεν έχουν, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται πολλά προβλήματα με το γραφείο κίνησης αλλά και με τη κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου που προσπαθεί να βρει λύση στο μεγάλο αυτό ζήτημα.

Η αδυναμία επικοινωνίας με το προσωπικό υγείας, οδηγεί σε λάθος διαγνώσεις, τη λήψη λανθασμένων οδηγιών και στη λάθος θεραπεία. Ταυτόχρονα, η έλλειψη διερμηνέων, η έλλειψη εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των μεταναστών ασθενών, η έλλειψη ενημερωτικών φυλλαδίων σε γλώσσες διαφόρων εθνικοτήτων, δυσχεραίνουν τη κατάσταση στο νοσοκομείο.

Οι ρατσιστικές συμπεριφορές και κατάλοιπα που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες ασθενείς από μια μερίδα επαγγελματιών υγείας αποτελούν μεγάλο ζήτημα στο χώρο της υγείας μιας και δεν νοείται ασθενής, μετανάστης και μη, να αντιμετωπίζεται λιγότερο ισότιμα από κάποιον άλλον. Όπως προέκυψε και από την έρευνα, παρόλο που το προσωπικό αναφέρει ότι δεν υπάρχει κάποια διαφοροποίηση της στάσης μεταξύ ομογενών και μεταναστών ασθενών και ότι δεν έχει παρατηρηθεί κάποιου είδους διάκριση σε βάρος των ασθενών, από την άλλη, ορισμένα άτομα από το δείγμα έχουν αντιληφθεί ρατσιστική συμπεριφορά και διαχωρισμό των ασθενών λόγω ενδοπολιτισμικής διαφορετικότητας, των απαιτήσεων που έχουν και της εριστικής τους συμπεριφοράς, πράγμα το οποίο επιβεβαιώνεται και από τον Μανομενίδη, Γ (2009) και από τους Ποτουρίδου και Προκοπίου, (2007).

Τα παραπάνω λοιπόν, μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η γνώση και η εκτίμηση της πολιτισμικής ταυτότητας των ασθενών και των οικογενειών τους παίζει καίριο ρόλο για τη παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, προσαρμοσμένη πάντα στο πολιτισμικό τους υπόβαθρο (Macionis, Benokraitis 2007).

Όπως προκύπτει, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να προβούν σε εξειδίκευση της διαπολιτισμικής προσέγγισης των μεταναστών ασθενών και συνάμα να επαναπροσδιορίσουν τις παροχές φροντίδας, αναλογιζόμενοι κάθε φορά την χώρα εισαγωγής των ατόμων, τις εκάστοτε συνθήκες διαβίωσης, τη θρησκεία, το κοινωνικοπολιτικό και πολιτιστικό υπόβαθρο και σε γενικότερα πλαίσια τις ιδιαιτερότητες του κάθε μετανάστη. Οφείλουν να κατανοούν τα οικογενειακά συστήματα των ασθενών τους και να γνωρίζουν τη κουλτούρα τους με σκοπό να

διαχειρίζονται όσο το δυνατόν καλύτερα τη φροντίδα που θα τους παρέχουν.

Η εξάλειψη ανισοτήτων στο χώρο της υγείας απαιτεί μια πολυδιάστατη προσέγγιση. Η ελληνική κοινωνία από πλευράς της, πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι οι μετανάστες αποτελούν σημαντικό μέρος της και η προσαρμογή τους σε αυτή θα είναι βοηθητική τόσο για τους ίδιους όσο και για τους έλληνες επίσης. Το ελληνικό κράτος σε συνδυασμό με τις κοινωνικές υπηρεσίες θα πρέπει να κάνουν ριζικές αλλαγές στη μεταναστευτική πολιτική και μέσω κατάλληλων παρεμβάσεων, να συμβάλλουν σε μια γενικευμένη συζήτηση αναφορικά με τη βελτίωση των συνθηκών ζωής των ευάλωτων ομάδων. Να βρίσκονται στο επίκεντρο της δημιουργίας ενός πλαισίου διαλόγου για την κοινωνική ένταξη και την απο-περιθωριοποίηση.

9.5 Προτάσεις

Η επίκληση του ελληνικού συστήματος υγείας μπορεί να είναι μια πολύπλοκη, επίπονη και κουραστική διαδικασία για τους ασθενείς. Οι ώρες των ραντεβού, η παρεχόμενη ασφαλιστική κάλυψη αλλά και το θέμα των τελικών οικονομικών λογαριασμών είναι ζητήματα άμεσης προτεραιότητας για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους που θα πρέπει επιτυχώς να επιλυθούν προκειμένου οι υπηρεσίες υγείας να μην μετατραπούν σε πονοκέφαλο. Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης αναζητούν πέρα από κάποιον που να κατέχει τη γλώσσα ομιλίας των μεταναστών, έναν άνθρωπο που θα λειτουργήσει θετικά στην προώθηση της καλύτερης κατανόησης – με όλες τις έννοιες του όρου – των ασθενών από άλλες χώρες.

Ορισμένοι άνθρωποι, αντιμέτωποι με εμπόδια όπως η περιορισμένη ομιλία της ελληνικής, ο φόβος για πιθανή εμπλοκή της αστυνομίας, αλλά και η απειρία με το ελληνικό σύστημα ιατρικής, επιλέγουν να αποφύγουν να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Κι εκείνοι που αναζητούν φροντίδα συχνά έρχονται αντιμέτωποι με τους παρόχους που δεν γνωρίζουν τους άλλους πολιτισμούς και ως εκ τούτου δεν ξέρουν πως θα πρέπει να συμπεριφερθούν.

Πολλά ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης ανταποκρίνονται σε αυτό το πρόβλημα προσφέροντας υπηρεσίες μετάφρασης προκειμένου να βοηθήσουν την καλύτερη επικοινωνία των μεταναστών με τις ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες ενώ θα πρέπει να δημιουργηθούν άλλες υπηρεσίες οι οποίες θα διατίθενται να δαπανήσουν περισσότερο χρόνο μαζί τους για να τους εξηγήσουν τον τρόπο λειτουργίας του

συστήματος υγείας. Παράλληλα, υπάρχει ανάγκη από υπηρεσίες που θα βοηθούν και θα καθοδηγούν τους ασθενείς στο να αποκτήσουν ασφάλιση υγείας, στο να κλείσουν ιατρικά ραντεβού, να παρακολουθούν τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της θεραπείας ενώ θα αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες εκπαίδευσης για θέματα υγείας, όπως ο διαβήτης ή η εγκυμοσύνη στην εφηβική ηλικία. Σε αυτό μπορούν να συμβάλλουν οι κοινωνικοί λειτουργοί.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι ιδιαίτερα καταρτισμένοι για να βοηθήσουν τις ομάδες υγειονομικής περίθαλψης να εφαρμόσουν πιο καθολικές προσεγγίσεις για την πολιτισμική τους επάρκεια. Η ακρόαση με συμπάθεια και συμπόνια είναι δεξιότητες που θα πρέπει να αποκτηθούν από τα μέλη υγειονομικών υπηρεσιών και σε αυτό οι κοινωνικοί λειτουργοί διαδραματίζουν καίριο ρόλο. Η καθοδήγηση σχετικά με την εργασία με ανθρώπους από διαφορετικές κουλτούρες, η σημασία της μη λεκτικής επικοινωνίας αλλά και ο σεβασμός όπως και η μη κριτική διάθεση, είναι σημαντικά στοιχεία που επηρεάζουν τους ασθενείς κι επιδρούν στην αλληλεπίδραση υγειονομικού προσωπικού - μεταναστών

Οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να είναι εκεί να ακούσουν, χωρίς να κρίνουν, αυτά που ο ασθενής θέλει να πει.

Προτάσεις:

1. Δημιουργία γραφείου μεταναστών-προσφύγων-Ρομά	Α. Θα παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες: θα βοηθάει και θα καθοδηγεί τους ασθενείς στο να αποκτήσουν ασφάλιση υγείας, στο να κλείσουν ιατρικά ραντεβού κ.λ.π.
2. Δημιουργία γραφείων κοινωνικών υποστηρικτικών υπηρεσιών που απευθύνονται σε άτομα που πλήττονται από κοινωνικό αποκλεισμό	Α. Θα πραγματοποιούν μελέτες και θα φροντίζουν για την κατάρτιση και παρακολούθηση εφαρμογής προγραμμάτων ένταξης υπηκόων τρίτων χωρών Β. Θα εποπτεύουν κοινωνικές έρευνες που έχουν να κάνουν με τη κατάστασή τους και θα φροντίζουν να συμμετάσχουν

	<p>σε προγράμματα κοινωνικής προστασίας που τους αφορούν.</p> <p>Γ. Θα διευκολύνουν τις επαφές τους με τη Δημόσια διοίκηση</p>
<p>3. Δημιουργία κέντρου εκμάθησης της ελληνικής γλώσσας</p> <p>4. Δημιουργία μόνιμου γραφείου διερμηνέων στα νοσοκομεία</p> <p>5. Ίδρυση κοινωνικών ξενώνων για συγκεκριμένες ομάδες ατόμων για μετανοσοκομειακή παρακολούθηση</p> <p>6. Ανάπτυξη εξειδικευμένων δομών επείγουσας κατάστασης και κέντρων αποκατάστασης</p> <p>7. Δράσεις ενίσχυσης μεταναστών – παλλινοστούντων-προσφύγων</p> <p>8. Δημιουργία εκστρατειών ενημέρωσης σε συνδυασμό με την συνδιοργάνωση πολιτιστικών εκδηλώσεων μέσα από τις οποίες θα προωθείται η πρόληψη και η αντιμετώπιση φαινομένων ξενοφοβίας και ρατσισμού.</p> <p>9. Λειτουργία πολυπολιτισμικού κέντρου παιδείας, το οποίο θα είναι βοηθητικό τόσο για τους επαγγελματίες υγείας όσο και για τους μετανάστες.</p>	

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

1. Γεωργούλας, Σ. (2001). Η νέα μεταναστευτική πολιτική στην Ελλάδα και η νομιμοποίησή της.
2. Γκότοβος, Α. (2007). Εκπαιδευτικοί οργανισμοί, εκπαιδευτική έρευνα και εκπαιδευτική πολιτική: Δυνατότητες και όρια πολιτικών παρεμβάσεων στο εκπαιδευτικό σύστημα. Στο: Χαραλάμπους, Δ. (επιμ.) *Μεταπολίτευση και εκπαιδευτική πολιτική. Παρελθόν, παρόν, μέλλον*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σελ. 99-112.
3. Δημοπούλου – Λαγωνίκα, Μ. (2006). Μεθοδολογία Κοινωνικής Εργασίας: Μοντέλα Παρέμβασης. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα
4. Καραντινός, Δ. και Μαράτου-Αλιπραντή, Λ και Φρόνιμου, Ε. (επιμ.), και Κατσούλης, Η. (επιστ. Υπεύθ.). (2005) Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα
5. Καβουνίδη, Τ. (2002). *Έρευνα για την Οικονομική και Κοινωνική Ένταξη των Μεταναστών*. Αθήνα, Παρατηρητήριο Απασχόλησης — Ερευνητική-Πληροφορική Α.Ε
6. Καραντινός, Δ. και Μαράτου-Αλιπραντή, Λ και Φρόνιμου, Ε (επιμ.) και Κατσούλης, Η (επιστ. Υπεύθ.). (2005), Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα. Αθήνα, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
7. Καψάλης Απόστολος (2004), Μετανάστες-υγεία και κοινωνικός αποκλεισμός,
8. Κούτρα Κ, Η. Ευλαμπίδου, Θ. Ρουμелиωτάκη, Α. Κούτης, Α. Φιλαλήθης (2010), Μετανάστριες μητέρες και υποκειμενική αντίληψη της υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(1), 78-87
9. Κυριακίδου, Ζ. και Παπαδοπούλου, Κ. (2009). *Βαθμός ικανοποίησης των παράνομων μεταναστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από τις μη κυβερνητικές οργανώσεις. Το παράδειγμα της PRAKSIS*, Πτυχιακή Εργασία.

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

10. Καλαφάτη, Μ. και Παϊκοπούλου, Δ. (2011). Νοσηλευτική Φροντίδα σε Ασθενείς Διαφορετικής Πολιτισμικής Προέλευσης σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, *Νοσηλευτική*, 50 (1)
11. Λαμπίρη – Δημάκη Ι., (1990), *Η Κοινωνιολογία και η Μεθοδολογία της*, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή
12. Μανομενίδης, Γ. (2009). Μειονοτικοί πληθυσμοί: Απόψεις νοσηλευτικού προσωπικού, *Πολιτισμική Διαπολιτισμική διαφορετικότητα*, *Νοσηλευτική*, 48 (4), 439-446.
13. Στ Μαρβάκης, Α. και Παρσανόγλου, Δ. και Παύλου, Μ. (επιμ.). *Μετανάστες στην Ελλάδα* (σ. 199-226), Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
14. Πανταζής, Β. (2008). *Μετανάστευση – Ένταξη των μεταναστών*. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Παιδαγωγικό Τμήμα Προσχολικής Εκπαίδευσης
15. Παπασταμάτης, Αδ. (2010). *Εκπαίδευση ενηλίκων για ευπαθείς κοινωνικές ομάδες*. Αθήνα :Σιδέρης.
16. Ποτουρίδου, Δ. και Προκοπίου, Αικ. (2007). *Ρατσισμός και Ψυχοκοινωνική Προσέγγιση*. Πτυχιακή Εργασία. Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής
17. Σαχίνη – Καρδάση Α. *Μεθοδολογία έρευνας*. 3η έκδ. Αθήνα : ιατρικές εκδόσεις βήτα, 2004.
18. Τσιάκαλος, Γ. Στο Κασιμάτη Κ., (επ.), (1998). *Κοινωνικός Αποκλεισμός: Η ελληνική εμπειρία*, Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας και Κοινωνικής Πολιτικής, Αθήνα, Gutenberg

Ξενογλώσση

19. Ansell, D.A., McDonald, E.K., (2015) Bias, Black Lives, and Academic Medicine, *N Engl J Med*, 372:1087-1089
20. Atkinson, R. and Davoudi, S. (2000) ‘The concept of social exclusion in the European Union: Context, development and possibilities’, *Journal of Common Market Studies* 38, 3:427-448
21. Abramovitz, M. (1998). Social work and social reform: An arena of struggle. *Social Work*, 43(6):512-526
22. Berelson, B. (1952). *Content analysis in communication research*. New York: Hafner. An important early book on content analysis where the rationale and the steps for using the method are described. Also contains a bibliography of studies through 1950 which used content analysis
23. Byrne, (1999) *Social Exclusion*, Buckingham: Open University Press
24. Baldwin-Edwards, M. (2002): Semi-reluctant hosts: southern Europe’s ambiguous response to immigration, *Studi Emigrazione*, 145
25. Bowling, A. *RESEARCH METHODS IN HEALTH*, Investigating health and health services second edition, Biddles Ltd, Berkshire (2002)
26. Cochrane S.H., O’Hara, D.J., Lesli J. (1980) *The Effects of Education on Health*, World Bank Staff Working Paper No. 405. Washington, D.C.
27. Chang-Muy, F., & Congress, E. P. (2008). *Social work with immigrants and refugees: Legal issues, clinical skills, and advocacy*. New York: Springer
28. Creswell, J.W. (1998) *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Traditions*. London and Thousand Oaks, CA; Sage Publications.
29. Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2000). *Handbook of qualitative research* (2η έκδ.). Thousand Oaks, Ca: Sage
30. Employment and solidarity. Integrating vulnerable groups into economic activity. The ADAPT and employment Community initiatives innovations No
31. Farmer, P. (1999). Pathologies of power: rethinking health and human rights. *American Journal of Public Health*: Vol. 89, No. 10, pp. 1486-1496
32. Furman, R. (2003). Frameworks for understanding value discrepancies and ethical dilemmas in managed mental health for social work in the United States. *International Social Work*, 46(1),37-52.

33. Furman, R., Downey, E. P., & Jackson, R. L. (2004). Exploring the ethics of treatments for depression: The ethics of care perspective. *Smith College Studies in Social Work*, 74 (3), 125-138
34. Furman, R. & Ackerman, A.R & Loya, M. & Jones, S.& Negi, N. (2012). The Criminalization of Immigration, Value Conflicts for the Social Work Profession, *Journal of Sociology & Social Welfare*, Volume XXXIX, Number 1
35. Guba, E. S. & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Στους N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Εκδ.), *Handbook of qualitative research* (σσ. 105-117). London: Sage
36. Kluge U, Bogic M, Deville W, et al. (2012) Health services and the treatment of immigrants: data on service use, interpreting services and immigrant staff members in services across Europe. *Eur Psychiatry*. 27(Suppl. 2):S56–62
37. Lincoln, Y. (2001). Varieties of validity: Quality in qualitative research. Στους J. Smart, & W. Tierney (Εκδ.), *Higher education: Handbook of theory and research*. New York: Agathon Press.
38. Levitas, R. (2003). The idea of social inclusion. Paper presented at the Building a Social Inclusion Research Agenda Conference, Ottawa, ON.
39. Lum, D. (1996). *Social work practice & people of color: A process-state approach*. (3rd ed.).Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
40. Mladovsky P. (2007). Migration and health in EU health systems, *The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*, Euro Observer, 9:4
41. Macionis J. John and Benokraitis V.Nijole (2007) *Seeing Ourselves:Classic,Contemporary, and Cross-Cultural Readings in Sociology*Edition: 7TH 07 Prentice Hall, Inc USA
42. Neville, H. A., Lilly, R. L., Duran, G., Lee, R. M., & Browne, L. (2000). Construction and initial validation of the color-blind racial attitudes scale (CoBRAS). *Journal of Counseling Psychology*, 4759-70.
43. Patton, M. Q. (1985). Quality in qualitative research: Methodological principles and recent developments. Invited address to Division J of the American Educational Research Association, Chicago.
44. Priebe, S. & Sandhu, S. & Dias, S. & Gaddini, A. & Greacen, T. & Ioannidis, E. & Kluge, U. & Krajic, A. & Lamkaddem, M. & Lorant, V. & Puigpinos, I.

- & Riera, R. & Sarvary, A. & Soares, JJF. & Stankunas, M. & Strassmayr, C. & Wahlbeck, K. & Welbel, M. & Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11:187
45. Ragin, Charles C. (1987): *The Comparative Method. Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies*. Berkeley – Los Angeles – London: University of California Press.
46. Sapountzis, A. & Vikka, K. (2015). Psychologization in talk and the perpetuation of racism in the context of the Greek school. *Social Psychology of Education*, 1-19.
47. Scheppers, E. & van Dongen, E. & Dekker, J. & Geertzen, J. & Dekker, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review, *Family Practice*, 23: 325-348
48. Terraza-Nunez, R. & Vazquez, L. & Vargas, I. & Lizana, T. (2011). Health professional perceptions regarding healthcare provision to immigrants in Catalonia, *In J Public Health*, 56: 549-557
49. Tomlinson, S. (1998) New inequalities? Educational markets and ethnic minorities. *Race, Ethnicity and Education*, 1(2), pp. 207–224
50. The Community's battle against social exclusion. (1992) European File Employment and solidarity. Integrating vulnerable groups into economic activity. The ADAPT and employment Community initiatives innovations No
51. Drs. Teunissen, E. & M.A.D. Tsaparas & MSc, Dr. M Vanden Muljzenbergh (2013). Primary health care in rural areas for undocumented migrants in Greece during the economic crisis
52. Γιατροί του Κόσμου (2013), Access to healthcare in Europe in times of crisis and rising xenophobia

Ιστοσελίδες

53. Εγκύκλιος Υ4α/οικ 93443/11 : <http://koinoniaher.gr/wp-content/uploads/2013/12/%CE%95%CE%B3%CE%BA%CF%8D%CE%BA%CE%BB%CE%B9%CE%BF%CF%82-18-8-2011%E2%80%9393%CE%A54%CE%B1.%CE%BF%CE%B9%CE%BA.93443.11.pdf>
54. Νόμος 2910/2001 : http://www.travelsafe.gr/N2910_GR.pdf
55. Νόμος 3386/2005: : http://www.elinyae.gr/el/item_details.jsp?cat_id=1242&item_id=6467
56. Νόμος 2101/1992 Κύρωση της Διεθνούς Σύμβασης για τα δικαιώματα του παιδιού, <http://www.0-18.gr/gia-megaloydsdtp>
57. Οδηγία 2008/115/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 16ης Δεκεμβρίου 2008 , σχετικά με τους κοινούς κανόνες και διαδικασίες στα κράτη μέλη για την επιστροφή των παρανόμως διαμενόντων υπηκόων τρίτων χωρών <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32008L0115&from=EL>
58. Οδηγία 2014/24/EE του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 26ης Φεβρουαρίου 2014 , σχετικά με τις δημόσιες προμήθειες και την κατάργηση της οδηγίας 2004/18/EK Κείμενο που παρουσιάζει ενδιαφέρον για τον ΕΟΧ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014L0024&from=EL>
59. Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού : (accessed 20.04.2015) http://www.pagni.gr:8081/dioikhtikh/koinonikh_yphresia/rolos.asp
60. Π.Δ. 114/10, ΦΕΚ Α 195/22.11.2010: http://www.yptp.gr/images/stories/2011/PD114-2010_el.pdf
61. ΠΔ 150/2006 : http://www.proslipsis.gr/cmCat_treePrd.php?&cm_catid=61&cm_prdid=2247
62. Σύνταγμα της Ελλάδας : <http://www.teilam.gr/nomothesia/Syntagma.pdf>
63. Τα θεμελιώδη δικαιώματα των μεταναστών που διαμένουν παράτυπα στην Ευρωπαϊκή Ένωση: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1848-FRA-Factsheet_FRIM_EL_BAT.pdf
64. ΦΕΚ 152/10-07-2008 : <http://www.synigoros.gr/resources/docs/08-pd96.pdf>
65. ΦΕΚ 251/13-11-2007 : www.synigoros.gr/resources/docs/01-pd220.pdf

66. ΦΕΚ 63/06-04-1999 : <http://www.synigoros.gr/resources/docs/06-pd61.pdf>
67. ΦΕΚ 2363/20-11-2008:
http://www.intermediation.gr/myfiles/repository/laws/9.kya.25057_2008.pdf
68. Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Επίσημη Εφημερίδα αριθ. C 364 της 18/12/2000 σ. 0001 – 002 (http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_el.pdf)
69. Amnesty International, (2012) Asylum-seekers and migrants in Greece hounded by police operations and right-wing extremists, <http://infomobile.w2eu.net/2012/12/22/amnesty-international-asylum-seekers-and-migrants-in-greece-hounded-by-police-operations-and-right-wing-extremists/> (accessed at April 2, 2015)
70. Baldwin-Edwards, M. (2004). Statistical data on immigrants in Greece. Mediterranean Migration Observatory. Panteion University, Greece. Accessed March 16, 2015. http://www.mmo.gr/pdf/general/IMEPO_Final_Report_English.pdf
71. Combating social exclusion: A challenge for the 1990s (1993) <http://aei.pitt.edu/41532/1/A5637.pdf>
72. European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia (2005). Majorities' Attitudes Towards Minorities: Key Finding from the Eurobarometer and the European Social Survey. Accessed March 27, 2015. http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/146-EB2005-summary.pdf
73. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1995, Annual Report, <http://aei.pitt.edu/45780/1/1994.pdf> (accessed at April 2, 2015)
74. Final report on the implementation of the Community programme concerning the economic and social integration of the economically and socially less privileged groups in society. (1995) "Poverty 3" (1989-94). Council Decision 89/457/EEC of 18 July 1989 (OJ L 224 of 2.8.1989).COM (95) 94 final, <http://aei.pitt.edu/6196/1/6196.pdf>
75. Merriam, S. B. (2002). *Qualitative research in practice: Examples for discussion and analysis*. San Francisco: Jossey-Bass
http://media.wiley.com/product_data/excerpt/56/07879589/0787958956.pdf

76. World Health Organization, Trade foreign policy, diplomacy and health, <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/> Accessed April 2, 2015
77. World Health Organization, The health for all policy framework for the WHO European Region, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf
78. <http://aei.pitt.edu/42960/1/A6846.pdf>
79. <http://aei.pitt.edu/4866/1/4866.pdf>
80. <http://www.medecinsdumonde.org/content/download/14828/174643/file/PDF+BD+Report+crisis+and+rising+xenophobia.pdf>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παράρτημα 1:**Ερωτήσεις έρευνας**

Περιεχόμενο (δομή) της ημιδομημένης συνέντευξης στη μελέτη: «Ασθενείς μετανάστες: Στάσεις και απόψεις επαγγελματιών υγείας και διοικητικών στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου».

(Απευθύνεται σε επαγγελματίες υγείας και διοικητικούς)

Εισαγωγή:

Η έρευνα μας ασχολείται με στάσεις και απόψεις των επαγγελματιών υγείας και διοικητικών όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών στους μετανάστες ασθενείς. Μέρος της έρευνας είναι επίσης η καταγραφή της προσωπικής εμπειρίας του ιατρικού, νοσηλευτικού προσωπικού, των κοινωνικών λειτουργών και διοικητικού προσωπικού. Για την πραγματοποίηση αυτής της συνέντευξης θεωρείται απαραίτητη η εκ των προτέρων ενημέρωση και συγκατάθεση σας.

Η συνέντευξη θα διαρκέσει περίπου 20-30 λεπτά. Στο τέλος θα υπάρχει χρόνος για επιπλέον ερωτήσεις ή σχόλια από την πλευρά σας.

Θα θέλαμε να μαγνητοφωνήσουμε αυτή την συνέντευξη για μετέπειτα ανάλυση.

Δημογραφικά στοιχεία:

1. Φύλο (άνδρας ή γυναίκα)
2. Ηλικία
3. Οικογενειακή κατάσταση;
4. Σπουδές
5. Ειδικότητα
6. Πόσα έτη εργάζεστε σε αυτή την μονάδα υγείας;

Γενικές πληροφορίες για την χρήση των υπηρεσιών του νοσοκομείου:

7. Πόσο συχνή είναι η επαφή σας με μετανάστες ασθενείς;
8. Πώς γίνεται η πρώτη επικοινωνία, αξιολόγηση από το τμήμα σας και πώς παρακολουθούνται οι ασθενείς μετανάστες;
9. Γνωρίζετε πως καλύπτονται τα έξοδα ιατρικής περίθαλψης για τους μετανάστες ασθενείς που παρακολουθείτε στο νοσοκομείο σας;

Εμπειρίες προσωπικού**1. Επικοινωνία ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας και μετανάστες ασθενείς:**

10. Θεωρείτε ότι υπάρχουν προβλήματα όσον αφορά την επικοινωνία με τους μετανάστες ασθενείς;
11. Με ποιο τρόπο επιλύονται συνήθως τα προβλήματα επικοινωνίας;

2. Δυσκολίες κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες ασθενείς:

12. Τι δυσκολίες αντιμετωπίζεται στην εξυπηρέτηση των μεταναστών ασθενών;
13. Ποια ιδιαίτερα προβλήματα αντιμετωπίζετε με τον παράνομο μετανάστη ασθενή κατά τη διάρκεια των επισκέψεών του στη μονάδα υγείας που υπηρετείτε;
14. Πιστεύετε ότι οι μετανάστες ασθενείς υφίστανται διακρίσεις από τους επαγγελματίες υγείας γενικότερα;
15. Ποια τα κυριότερα εμπόδια που θα περιγράφατε για τη παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες ασθενείς στην μονάδα που υπηρετείτε;

3. Στάσεις και απόψεις επαγγελματιών υγείας όσον αφορά τη παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες ασθενείς και ομογενείς ασθενείς:

16. Ποια η στάση σας απέναντι στους μετανάστες ασθενείς. Περιγράψτε μας την δική σας εμπειρία.
17. Κατά την άποψή σας με ποιο τρόπο οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν συγκριμένες περιπτώσεις όπως παράτυπων μεταναστών, προσφύγων και απασχολούμενων νόμιμων μεταναστών στην αγορά εργασίας;
18. Πιστεύετε ότι οι μετανάστες έχουν ή θα έπρεπε να έχουν ίσα δικαιώματα υγειονομικής περίθαλψης με τους ομογενείς;
19. Θεωρείτε ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι η ίδια για τους μετανάστες ασθενείς και για τους ομογενείς;
20. Γενικά τι είδους συναισθήματα θα λέγατε ότι έχετε κατά τη παροχή υπηρεσιών σε αλλοδαπούς ασθενείς;

Προτάσεις των επαγγελματιών υγείας:

21. Ποιες πρακτικές θα βοηθούσαν στην καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες ασθενείς;
22. Ποιες είναι οι προτάσεις που κατά την άποψη σας απαιτούνται για την επίτευξη καλών πρακτικών στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες;

Παράρτημα 2:

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
 ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ &
 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
 Ταχ. Δ/ση: Σμύρνης 26,

Ηράκλειο, 10-10-14
 Αρ. Πρωτ: 12471

71201 Ηράκλειο Κρήτης, ΤΘ 1285
 Πληρ.: **Α. Μανουράς**
 Τηλ: 2813404433
 Fax: 2810300416
 Email: amanouras@hc-crete.gr

ΠΡΟΣ: κες **Περάκη Δέσποινα,**
Γενετάκη Ελένη και
Δοξάκη Καλλιόπη- Μαρία,
Σπουδάστριες του ΑΤΕΙ
Κρήτης.

Κοιν.: 1. Διοικητή ΠΑΓΝΗ-Γ.Ν.
 «Βενιζέλειο», κ. Ν. Χαριτάκη
 2. Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας
 κ. Γ. Βελεγράκη.

Θέμα: «Έγκριση Διανομής Ερωτηματολογίου»
Σχετ.: Το με αριθ. Πρωτ. 10585/6-8-14 Πρακτικό του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΠΑΓΝΗ.

Σας ενημερώνουμε ότι εγκρίνεται η διανομή ερωτηματολογίου από τις κες Περάκη Δέσποινα, Γενετάκη Ελένη και Δοξάκη Καλλιόπη – Μαρία, σπουδάστριες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης στο Ιατρικό, Διοικητικό, Νοσηλευτικό και στους Κοινωνικούς Λειτουργούς του ΠΑΓΝΗ, στο πλαίσιο εκπόνησης της πτυχιακής τους εργασίας με θέμα « **Ασθενείς αλλοδαποί: Στάσεις και απόψεις επαγγελματιών υγείας στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου και Βενιζέλειο Νοσοκομείο**», υπό την επίβλεψη της καθηγήτριας κας Τριγώνη Μαρίας.

Η έγκριση δίνεται με τη δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας των θα προσκομίσουν περύληψη των αποτελεσμάτων στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου και στη Διοίκηση της 7ης Υ.ΠΕ Κρήτης.

Παράρτημα 3:**ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Φύλο	Αριθμός ερωτώμενων
Άνδρες	11
Γυναίκες	19

Ηλικίες	Αριθμός ερωτώμενων
29	1
30	1
32	1
34	2
35	2
36	1
37	1
39	1
40	1
41	3
42	1
43	2
45	2
47	2
49	3
50	2
54	1
55	1
61	1

Οικογενειακή Κατάσταση	Αριθμός ερωτώμενων
Άγαμοι	9
Έγγαμοι	19
Διαζευμένοι	2

Σπουδές	Αριθμός ερωτώμενων
Ιατρική	11
ΤΕΙ Νοσηλευτικής	7
ΤΕΙ Μαιευτικής	3
ΤΕΙ Κοινωνικής Εργασίας	5
ΤΕΙ Επισκεπτών Υγείας	3
Λύκειο διετούς φοιτήσεως ΜΤΕΝΣ Βενιζελείου	1

Ειδικότητες	Αριθμός ερωτώμενων
Παιδίατροι	3
Παθολόγοι	3
Ορθοπαιδικοί	2
Κοινωνικοί Λειτουργοί	5
Ψυχίατροι	2
Μαιευτήρες	4
Νοσηλεύτες	8
Επισκέπτες Υγείας	3

Έτη εργασίας	Αριθμός ερωτώμενων
3 μήνες	1
5 μήνες	2
6 μήνες	1
7 μήνες	1
10 μήνες	1
1 χρόνο	2
2 χρόνια	3
4 χρόνια	2
7 χρόνια	2
8 χρόνια	2
13 χρόνια	1
18 χρόνια	1
21 χρόνια	2
22 χρόνια	1
23 χρόνια	1
25 χρόνια	2
26 χρόνια	4
28 χρόνια	1
29 χρόνια	1

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Πόσο συχνή είναι η επαφή σας με μετανάστες ασθενείς;

Συχνότητα επαφής	Αριθμός ερωτώμενων
Αρκετά συχνή	16
Συχνή	5
Σχεδόν καθημερινή	4
Καθημερινή	7

Πώς γίνεται η πρώτη επικοινωνία, αξιολόγηση από το τμήμα σας και πώς παρακολουθούνται οι ασθενείς μετανάστες;

Πρώτη επικοινωνία και αξιολόγηση	Αριθμός ερωτώμενων
Επείγοντα	14
Εξωτερικά ή τακτικά ιατρεία	6
Έρχονται από μόνοι τους	6
Παραπομπή των ιατρών	3
Εισαγγελική εντολή	4
Αίτημα κλινικών ή κάποιας υπηρεσίας	3

Γνωρίζετε πως καλύπτονται τα έξοδα ιατρικής περίθαλψης για τους μετανάστες ασθενείς που παρακολουθείτε στο νοσοκομείο σας;

Κάλυψη εξόδων ιατρικής περίθαλψης	Αριθμός ερωτώμενων
Ασφάλεια	22
Διακανονισμό με το γραφείο κίνησης	9
Κράτος λόγω εισαγγελικής παρέμβασης	3
Διακρατικές συμφωνίες	1
Λάθρα νοσήλεια	3
Κάρτα υγείας	1
Όλοι ίδια πρόσβαση έπειτα από υπουργική απόφαση	2
Οι μετανάστες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν ειδικό έγγραφο, πιστοποιητικό οικονομικής δυναμίας	8
Νόμος που όλοι οι ανασφάλιστοι, Έλληνες πολίτες Ευρωπαϊκής Ένωσης και πολίτες που δεν είναι στην Ευρωπαϊκή Ένωση αλλά μένουν μόνιμα έχουν την ίδια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη με τους Έλληνες.	1

ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

1. Επικοινωνία ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας και μετανάστες ασθενείς

Θεωρείτε ότι υπάρχουν προβλήματα όσον αφορά την επικοινωνία με τους μετανάστες ασθενείς;

Προβλήματα επικοινωνίας	Αριθμός ερωτώμενων
Γλώσσα	27
Διαφορετική κουλτούρα, ήθη και έθιμα	2
Καχυποψία	1
απαιτητικοί	1
Εξαρτάται από την εθνικότητα	1

Με ποιόν τρόπο επιλύονται συνήθως τα προβλήματα επικοινωνίας;

Τρόπος επίλυσης	Αριθμός ερωτώμενων
Με νοηματική	7
Με μεταφραστή	11
Μέσω βοήθειας συγγενικών – συνοδών προσώπων	6
Μέσω εργαζόμενων του νοσοκομείου	9
Αποκλειστικές νοσοκόμες	2
Χρήση ipad μέσω τηλεδιασκέψεων και google μετάφραση	2
Συζήτηση	1
Προξενεία- πρεσβεία	1
Ιδιωτικό συνεργείο καθαρισμού	1

2. Δυσκολίες κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες ασθενείς

Τι δυσκολίες αντιμετωπίζετε στην εξυπηρέτηση των μεταναστών ασθενών;

Δυσκολίες	Αριθμός ερωτώμενων
Γλώσσα	15
Θρησκευτικές πεποιθήσεις και πολιτισμός	3
Έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος	3
Ανάρμοστη συμπεριφορά και απαιτήσεις	1
Δυσκολία διεξαγωγής ιστορικού για προηγούμενα νοσήματα	2
Θέματα κοινωνικής ασφάλειας	8
Γραφειοκρατία στην έκδοση εγγράφων	2
Δυσκολία κατανόησης της κατάστασής τους	1
Αντιμετώπιση περισσότερων προβλημάτων από την κοινωνική υπηρεσία	1
Έλλειψη ασφαλούς στέγης για μετα-νοσοκομειακή διαμονή	2
Επαναπατρισμός	1
Δυσκολία εύρεσης τρόπου να πάρουν τα φάρμακά τους	1
Προ νόμου: δυσκολία να γίνουν όλες οι εξετάσεις λόγω οικονομικών	1
Καχυποψία: φόβος ρατσιστικής στάσης	3

Ποια ιδιαίτερα προβλήματα αντιμετωπίζετε με τον παράνομο μετανάστη ασθενή κατά την διάρκεια των επισκέψεων του στη μονάδα υγείας που υπηρετείτε;

Προβλήματα με τον παράνομο μετανάστη	Αριθμός ερωτώμενων
Κανένα πρόβλημα	2
Γλώσσας	5
Με το γραφείο κίνησης λόγω έλλειψης ασφάλειας	4
Λαθραία έξοδος από το νοσοκομείο	5

Ψεύτικα στοιχεία και πλαστά χαρτιά	4
Έλλειψη απαραίτητων εγγράφων (ασφάλεια)	7
Έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος	2
Κλοπές σε θαλάμους	1
Δυσκολία κατανόησης της κατάστασης υγείας τους	2
Έλλειψη ασφαλούς στέγης για μετα-νοσοκομειακή διαμονή	2
Οικονομική αδυναμία: δεν θα έρθουν για μετα-νοσοκομειακή παρακολούθηση	2
Υπογράφουν για πρόωρη έξοδο από το νοσοκομείο λόγω αδυναμίας κάλυψης νοσηλείας	1

Πιστεύετε ότι οι μετανάστες ασθενείς υφίστανται διακρίσεις από τους επαγγελματίες υγείας γενικότερα;

Διακρίσεις από επαγγελματίες υγείας	Αριθμός ερωτώμενων
Όχι, δεν νομίζω	16
Ίδια αντιμετώπιση με τους ομογενείς	3
Ναι, από μία ημερίδα τουλάχιστον	4
Πάρα πολύ. Διαφορετική αντιμετώπιση στον ξένο (σε σχέση με τους ομογενείς)	1
Ναι, σε πολλές περιπτώσεις. Μερική παραμέληση (σε σχέση με τους ομογενείς)	3
Διάκριση από όλο το σύστημα	1
Προτίμηση νοσηλείας και εργασίας με αλλοδαπούς	1
Όχι, στη ψυχιατρική	2
Ναι, υφίστανται πολύ, κυρίως ταξική διάκριση	1
Ναι, λόγω της υπηκόοτητας συνήθως	1

Ποια τα κυριότερα εμπόδια που θα περιγράφατε για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες ασθενείς στην μονάδα που υπηρετείτε;

Κυριότερα εμπόδια	Αριθμός ερωτώμενων
Κανένα εμπόδιο	10
Φόβος για εξετάσεις και φάρμακα	1
Πρόβλημα επικοινωνίας	4
Έλλειψη εργαλείων δουλειάς, υποδομής, υποστηριζόμενων προγραμμάτων, ιδρυμάτων, δομών και υπηρεσιών	2
Έξοδα λόγω έλλειψης ασφάλειας	8
Έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος	3
Επιθετικοί	1
Λαθραία έξοδος	1
γραφειοκρατία	1
Δυσκολία στην επεξήγηση της διαδικασίας που ακολουθείται και ενημέρωση της	1

κατάστασής τους	
Έλλειψη ιατροφαρμακευτικής κάλυψης μετά την έξοδο από το νοσοκομείο	3
Έλλειψη στέγης για μετα-νοσοκομειακή διαμονή	2

3. Στάσεις και απόψεις επαγγελματιών υγείας όσον αφορά τη παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες ασθενείς και ομογενείς ασθενείς

Ποια η στάση σας απέναντι στους μετανάστες ασθενείς; Περιγράψτε μας την δική σας εμπειρία;

Στάση	Αριθμός ερωτώμενων
Ίδια με τους ομογενείς	20
Θετική και επαγγελματική	1
Ποικίλη	1
Ευγένεια και ευαισθησία	3
Άγνοια στάση άλλα και με λίγη δυσφορία λόγω πίεσης	1
Καχυποψία από ιατρούς και αλλοδαπούς ασθενείς	1
Το ίδιο με τους ομογενείς.	1
Η ίδια όπως σε κάθε ασθενή, άσχετα με τα συναισθήματα που μπορεί να έχω	1
Η ίδια με τους ομογενείς αρκεί να υπάρχει επικοινωνία	2
Είναι καλή. Εάν υπάρχουν απαιτήσεις υπάρχει ένταση	1

Κατά την άποψη σας με ποιο τρόπο οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν συγκεκριμένες περιπτώσεις όπως παράτυπων μεταναστών, προσφύγων και απασχολούμενων νόμιμων μεταναστών στην αγορά εργασίας;

Αντιμετώπιση μεταναστών στο χώρο εργασίας	Αριθμός ερωτώμενων
Ίδια με τους ομογενείς	16
Δεν το γνωρίζω	5
Αλληλεγγύη και ευαισθησία	2
Προκατάληψη και επιφυλακτικότητα	2
Αντίληψη: οι Έλληνες πληρώνουν τα νοσήλια, ενώ οι μετανάστες φεύγουν λαθραία	1
Εκμετάλλευση από το σύστημα	1
Καμία διαφοροποίηση στη μια κατηγορία από την άλλη	2
Δεν παίζει ρόλο εάν είναι μετανάστης νόμιμος ή όχι	1

Πιστεύετε ότι οι μετανάστες έχουν ή θα έπρεπε να έχουν ίσα δικαιώματα υγειονομικής περίθαλψης με τους ομογενείς;

Δεν έχουν ίδια δικαιώματα	Αριθμός ερωτώμενων
Εάν είναι ανασφάλιστοι	7
Εάν δεν έχουν τακτοποιηθεί γραφειοκρατικά	4
Λόγω ρατσισμού	1

Έχουν ίδια δικαιώματα	Αριθμός ερωτώμενων
Οι νόμιμοι	6
Το επείγον περιστατικό	3
Έστω και με παράνομη εργασία	4
Σε ένα νοσοκομείο	4

Θα έπρεπε να έχουν ίδια δικαιώματα	Αριθμός ερωτώμενων
Θα έπρεπε να έχουν	8
Να έχουν αλλά να είναι νόμιμοι	2

Θεωρείτε ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι η ίδια για τους μετανάστες ασθενείς και για τους ομογενείς;

Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας	Αριθμός ερωτώμενων
Όχι αν και θα έπρεπε. Φόβος παράνομων μεταναστών	9
Ναι, στα δημόσια νοσοκομεία	13
Ναι. Χρήν όμως για τους ίδιους και το νοσοκομείο	1
Ναι, εφόσον είναι ασφαλισμένοι	2
Διάκριση συστήματος	1
Ρατσισμός και προκατάληψη λόγω του ότι είναι ανασφάλιστοι	1
Όχι δεν είναι η ίδια. Διαφορετική αντιμετώπιση στα τακτικά ιατρεία	1
Σίγουρα δεν είναι λόγω οικονομικών.	1
Ναι, και καλύτερη αντιμετώπιση προς αυτούς σε σχέση με τους ομογενείς	1
Άνθρωποι είναι με τα ίδια δικαιώματα	4
Όχι δεν είναι, γιατί δεν γνωρίζουν το σύστημα υγείας	1

Γενικά τι είδους συναισθήματα θα λέγατε ότι έχετε κατά την παροχή υπηρεσιών σε αλλοδαπούς ασθενείς;

Συναισθήματα	Αριθμός ερωτώμενων
Τα ίδια με τους ομογενείς. Ίση αντιμετώπιση	11
Θαλπωρή	1
Θετικά συναισθήματα	4
Ευγένεια και σεβασμός	1
Θαλπωρή και κατανόηση	6
Ιδιαίτερη προτίμηση στους μετανάστες	3
Δυσφορία (λόγω κούρασης, δυσκολίας,	1

επικοινωνία και κουλτούρας)	
Ανάμεικτα συν αισθήματα	1
Εξαρτάται κάθε φορά αλλά βοηθάμε τον κόσμο	1
Ενσυναίσθηση	2
Λύπη: βιοπαλαιστές και συνάμα εριστικοί	3
Ίση αντιμετώπιση: συμπόνια και θετική στάση	1
Χειρότερα συναισθήματα για τους ομογενείς	1

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ποιες πρακτικές θα βοηθούσαν στην καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες ασθενείς;

Πρακτικές	Αριθμός ερωτώμενων
Κοινωνικές υπηρεσίες	2
Νομιμοποίηση του μετανάστη με στοιχειώδη δικαιώματα	3
Καλύτερη συνεργασία με οργανισμούς	2
Υπηρεσίες μετάφρασης	7
Ίδρυση υποστηρικτικών δομών	2
Καλύτερο κράτος πρόνοιας	1
Καλύτερη εκπαίδευση προσωπικού	4
Εξάλειψη ρατσισμού	1
Καλή συμπεριφορά, συνεννόηση, φροντίδα	1
Νομοθετική κατοχύρωση και μείωση γραφειοκρατίας	2
Εφαρμογή του νέου νόμου	2
Ασφάλιση με οποιονδήποτε τρόπο	1
Καλύτερο γραφείο μεταναστών	1

Ποιες είναι οι προτάσεις που κατά την άποψη σας απαιτούνται για την επίτευξη καλών πρακτικών στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες;

Προτάσεις	Αριθμός ερωτώμενων
Ίσα δικαιώματα για όλους	2
Ύπαρξη μόνιμων μεταφραστών	4
Αλλαγή πολιτικής	2
Ύπαρξη γραφείου μεταναστών στο νοσοκομείο	2
Εκπαίδευση και ενημέρωση για τους μετανάστες	6
Υποστηρικτικές δομές και χώρος στέγασής τους	3
Εθελοντική εργασία από τους συγγενείς για να ξεχρεώσουν το χρέος τους	1
Καλύτερες συνθήκες, στελέχωση νοσοκομείου, καλύτερο ΕΣΥ και οικονομικό κίνητρο του προσωπικού	1

Αντιμετώπιση ξενοφοβίας και ρατσισμού	2
Αλλαγή συστήματος υγείας	2
Ίδρυση κέντρου περίθαλψης μεταναστών	2
Υλοποίηση ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενή	1
Συνεργασία πολιτείας – φορέων – πολιτών – υπηρεσιών	1
υλοποίηση ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενή	1
Οργανωμένο κέντρο προς αποφυγή μεταφοράς ασθενειών	1
Καμπάνιες ενημέρωσης	1

Παράρτημα 4:

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΡΗΤΗΣ

Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.
Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας
Πληροφ.: Φραγκιαδάκης Κώστας
Τηλέφ.: 2810379534-379536
Τ.Θ.:1939
Τ.Κ.:71004
Ηράκλειο Κρήτης

ΑΤΕΛΩΣ
[[άρθρο 13 Ν.2579/98]]

Ηράκλειο, 20 3 2014

Αρ. Πρωτ.:2747

ΠΡΟΣ:
Περάκη Δέσποινα

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής
Τριγώνη Μαρία

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας.

Ανατίθεται κατόπιν πρότασης του **Α' Τομέα** του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας στους:

3734 Περάκη Δέσποινα

με θέμα: «**Ασθενείς αλλοδαποί:Στάσεις και απόψεις επαγγελματιών υγείας στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου και Βενιζέλειο Νοσοκομείο.**».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία θα είναι ο/η κ. **Τριγώνη Μαρία**.

Παρατηρήσεις:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για την υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 4 αντίτυπα, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Η Προϊσταμένη του Τμήματος

 Κοσκούλη Σοφία

Παράρτημα 5:

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 15 Σεπτεμβρίου 2014

ΠΡΟΣ

**Επιτροπή Πτυχιακών Εργασιών
& Ερευνητικής Δεοντολογίας**

Κοιν. Προϊσταμένη Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας

κ. Κουκούλη Σοφία

ΘΕΜΑ: Τροποποίηση πτυχιακής εργασίας: 1.Τίτλου, 2.Πληθυσμού μελέτης, 3. Χώρου μελέτης

Αξιότιμοι: κ. Διαλονάκη, κ. Καλαιτζάκη, κ. Προκοπάκη

Ως επιβλέπουσα πτυχιακής εργασίας με θέμα: **«Ασθενείς αλλοδαποί: Στάσεις και απόψεις επαγγελματιών υγείας στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου και Βενιζέλειο Νοσοκομείο»** της ομάδας σπουδαστών: **Περάκη Δέσποινα, Γενετάκη Ελένη, Δοξάκη Καλλιόπη- Μαρία, αιτούμαι τροποποίηση:**

1. Τίτλου πτυχιακής. Ο νέος τίτλος ο οποίος προτείνεται είναι: **«Ασθενείς μετανάστες: Στάσεις και απόψεις επαγγελματιών υγείας και διοικητικών στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου».**
2. Πληθυσμού μελέτης: Προτείνεται να είναι μόνο από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου και να περιληφθούν σε αυτό και οι διοικητικοί υπάλληλοι του νοσοκομείου οι οποίοι εξυπηρετούν μετανάστες (π.χ γραμματεία Τμήματος επειγόντων περιστατικών)
3. Χώρου διεξαγωγής της έρευνας: Το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ)

Οι προτεινόμενες αλλαγές προέκυψαν διότι υπήρξαν σοβαρές δυσκολίες κατά την διαδικασία έγκρισης της ερευνητικής εργασίας, τις οποίες προσπάθησα να χειριστώ άμεσα, επικοινωνώντας τηλεφωνικά με την Προϊσταμένη Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας κ. Κουκούλη, αλλά λόγω θερινών διακοπών η ενημέρωση προς την επιτροπή πτυχιακών σας κοινοποιείτε αυτήν την χρονική στιγμή.

Σύμφωνα με έγγραφα, της 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης αρ. πρωτ. 3344/6-4-2013 και του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΠΑΙΓΝΗ αρ. πρωτ. 4923/16-5-2013, εκτός των εγγράφων που θα υποβάλλονται σε αυτά τα όργανα (απόφαση για την ανάθεση της εκπόνησης της έρευνας από το ΤΕΙ, περίληψη πρωτοκόλλου, σκοπός, πηγή χρηματοδότησης, ερωτηματολόγιο) θα πρέπει να υπάρχει και έγκριση από τον Δ/ντη κλινικής ή της Υπηρεσίας όπου θα λάβει χώρα η έρευνα. Στην συγκεκριμένη περίπτωση υπήρξε κώλυμα με τους Δ/ντες κλινικών του Βενιζελείου Νοσοκομείου (ιδιαίτερα των Παθολογικών κλινικών οι οποίοι αρνήθηκαν να διεξαχθεί η έρευνα στους εργαζόμενους τους) αλλά και στην Παιδιατρική κλινική στη οποία αυτό το διάστημα έχει συνταξιοδοτηθεί ο Δ/της της. Για τους λόγους αυτούς και επειδή ήδη λόγω διαδικασίας η ομάδα σπουδαστών έχει καθυστερήσει την διεξαγωγή της έρευνας συναποφασίσαμε να διεξαχθεί η έρευνα μόνο στο ΠΑΙΓΝΗ, διευρύνοντας τον πληθυσμό μελέτης και στους διοικητικούς υπαλλήλους οι οποίοι έρχονται σε επικοινωνία με μετανάστες.

Την συγκεκριμένη χρονική περίοδο έχει ήδη δοθεί έγκριση για την διεξαγωγή της έρευνας, από τον Δ/ντη Δ/κης Υπηρεσίας, τον Δ/ντη Ιατρικής Υπηρεσίας, την Δ/ντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΠΑΙΓΝΗ και το επιστημονικό συμβούλιο του ΠΑΙΓΝΗ έχει εγκρίνει το θέμα έρευνας: «Ασθενείς μετανάστες: Στάσεις και απόψεις επαγγελματιών υγείας και διοικητικών στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου» και αναμένουμε την τελική έγκριση από την αρμόδια επιτροπή της 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης (έχει δοθεί ήδη προφορική άδεια για να ξεκινήσουν τις συνεντεύξεις).

Παρακαλούμε την έγκριση σας στις προτεινόμενες τροποποιήσεις προκειμένου να ξεκινήσει άμεσα η διεξαγωγή της έρευνας.

Η ομάδα σπουδαστών

Περάκη Δέσποινα

Γενετάκη Ελένη

Δοξάκη Καλλιόπη- Μαρία

Η επιβλέπουσα καθηγήτρια

Τρίγωνα Μαρία