



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ:
«ΔΙΕΘΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗ-ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: *ΤΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΤΗΝ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ: ΓΝΩΣΕΙΣ, ΣΤΑΣΕΙΣ, ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ.*

ΜΕΤΑΠΤ. ΦΟΙΤΗΤΗΣ:

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΙΩΑΝΝΟΥ

ΑΘΗΝΑ

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2018



POSTGRADUATE STUDY PROGRAM:
"INTERNATIONAL MEDICINE-MANAGING OF HEALTH CRISES"

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS

MEDICAL SCHOOL

BACHELOR THESIS

***TOPIC: THE HEALTHCARE STAFF IN THE HUMANITARIAN CRISIS:
KNOWLEDGE, ATTITUDES AND CONSIDERATIONS OF HEALTH
PROFESSIONALS IN THE HOSPITALS OF THE REGION OF
WESTERN MACEDONIA.***

STUDENT'S NAME:

KONSTANTINOS IOANNOU

ATHENS

SEPTEMBER 2018

**ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ
ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Τ... Μεταπτυχιακ.... Φοιτητ..

Εξεταστική Επιτροπή

-, Επιβλέπων
-, Μέλος
-, Μέλος

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίσθηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση τηςης 20... για την αξιολόγηση και εξέταση τ... υποψηφίου κ..., συνεδρίασε σήμερα .../.../.....

Η Επιτροπή **διαπίστωσε** ότι η Διπλωματική Εργασία του κ
.....με τίτλο
.....
.....
....., είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και
τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και
εμπεριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους προτείνει την απονομή στον παραπάνω Μεταπτυχιακό Φοιτητή την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία ο υποψήφιος έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους, για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους, και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «(Άριστα/Λίαν Καλώς/Καλώς) & (Βαθμός).....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

-, Επιβλέπων (Υπογραφή)
-, Μέλος (Υπογραφή)
-, Μέλος (Υπογραφή)

Περίληψη

Η παρούσα εργασία είχε ως στόχο την διερεύνηση των γνώσεων, των στάσεων και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους πρόσφυγες σε νοσοκομεία της περιφέρειας Δυτικής Μακεδονίας. Για το λόγο αυτό έλαβε χώρα μια έρευνα πεδίου με την χρήση ερωτηματολογίου. Μετά την ένταση της προσφυγικής κρίσης στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, κρίνεται ιδιαίτερα σκόπιμη η μελέτη της στάσης των ατόμων που απασχολούνται στον χώρο της υγείας σχετικά με τους μετανάστες και τους πρόσφυγες, καθώς τα άτομα αυτά παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή των προσφύγων στην χώρα υποδοχής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι γιατροί και οι υπόλοιποι εργαζόμενοι στον χώρο της υγείας εμφανίζουν σε γενικές γραμμές θετικά συναισθήματα απέναντι στους πρόσφυγες και τους μετανάστες. Ωστόσο, σε γενικές γραμμές, οι γιατροί εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά ενσυναίσθησης ως προς τους πρόσφυγες, σε σχέση με τους νοσηλευτές και τους υπόλοιπους εργαζόμενους στον χώρο της υγείας

Λέξεις- κλειδιά: Πρόσφυγες, Ιατρική περίθαλψη, απόψεις προσωπικού στο χώρο της υγείας, ανθρωπιστική κρίση, δυτική Μακεδονία

Abstract

The aim of this thesis was to research attitudes and perceptions of health professionals towards refugees in hospitals in the region of Western Macedonia, Greece. For this, a field survey was conducted using a questionnaire. Following the recent intensification of the refugee crisis in Greece, it is particularly advisable to study the attitudes of health workers on migrants and refugees as these individuals play a very important role in adapting refugees to the host country. According to the results of the survey, doctors and other health workers generally have positive feelings towards refugees and immigrants. However, in general, doctors have higher rates of empathy with regard to refugees than nurses and other health workers

Keywords: Refugees, Medical care, health care staff views, humanitarian crisis, western Macedonia

Ευχαριστίες

Φτάνοντας αισίως στο τέλος αυτής της προσπάθειας, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά όλους όσους με βοήθησαν στην εκπόνηση αυτής της εργασίας, χωρίς τη συνδρομή των οποίων η εργασία δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί.

✚ Πρώτα απ'όλους τους *εργαζόμενους στα νοσοκομεία Φλώρινας, Πτολεμαΐδας και Κοζάνης* που, παρά το φόρτο εργασίας τους, αφιέρωσαν αρκετό από τον πολύτιμο χρόνο τους για να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο.

✚ Την *Έλενα Ριζά, MPH, PhD*, που χωρίς καμία υποχρέωση προσέφερε αδιαμαρτύρητα και διακριτικά την πολύτιμη βοήθειά της σε θέματα μεθοδολογίας, αλλά και στα πρώτα βήματα της έρευνας κατά τη μετάφραση και στάθμιση του ερωτηματολογίου και την ανεύρεση της αρχικής βιβλιογραφίας.

✚ Τον *Αγάπιο Τερζίδη, Παιδίατρο, PhD* που μου εμφύσησε το ενδιαφέρον και την αγάπη για την Ιατρική των Ευπαθών και Μετακινούμενων Πληθυσμών, καθώς και για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε καθ'όλη τη διάρκεια της φοίτησής μου στο ΠΜΣ.

✚ Την *Εβίκα Καραμαγγιώλη, Νομικό, PhD*, για τη στήριξη και την ενθάρρυνση, καθώς και για τις πρωτότυπες ιδέες που μου προσέφερε κατά τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας

✚ Την επιβλέπουσα της εργασίας, *Νικόλ Δημητρίου, Χειρουργό, PhD*.

✚ Τη σύντροφό μου *Άννα*, για τις διαρκείς παροτρύνσεις, την ηθική υποστήριξη και τη βοήθεια που μου προσέφερε όλο το διάστημα της συγγραφής της διπλωματικής μου, καθώς και για την ουσιαστική της συμβολή στο πεδίο της συλλογής δείγματος.

Η εργασία αυτή είναι αφιερωμένη στη Μελίνα και στο Σταύρο

Περιεχόμενα

Εισαγωγή	10
1. Το εννοιολογικό πλαίσιο.....	12
1.1. Η έννοια του Πρόσφυγα.	12
1.2. Τα άτομα που ζητούν Άσυλο	13
1.3. Ισότητα και ισονομία στην υγειονομική περίθαλψη	13
1.4. Παγκοσμιοποίηση και πρόσφυγες	14
1.5. Κοινωνικοί παράγοντες της υγείας	15
1.6. Η επίδραση της μετανάστευσης στην υγεία	18
2. Οι ειδικές συνθήκες για την Υγεία των προσφύγων και των μεταναστών στις χώρες υποδοχής	21
2.1 Η σημασία της ικανότητας διαχείρισης των πολιτισμικών διαφορών.....	21
2.2. Προκλήσεις που συνδέονται με την επανεγκατάσταση των προσφύγων	23
2.3. Οι φραγμοί στην υγειονομική περίθαλψη των προσφύγων	24
2.4. Η σημασία της κατάστασης υγείας των προσφύγων	26
2.5. Η σημασία της βελτίωσης του επιπέδου της υγειονομικής περίθαλψης των προσφύγων.....	27
3. Μεθοδολογία Έρευνας.....	29
3.1 Σκοπός της έρευνας	29

3.2. Τα ερευνητικά ερωτήματα	29
3.3. Πληθυσμός υπό μελέτη.....	30
3.4 Ερωτηματολόγια και μεταβλητές υπό μελέτη	30
3.5. Στατιστική ανάλυση.....	31
4. Τα αποτελέσματα της έρευνας.....	32
4.1. Οι στάσεις και οι αντιλήψεις των ερωτώμενων απέναντι στους νόμιμους μετανάστες και τους πρόσφυγες	32
4.2. Δημογραφικά και άλλα γενικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα.	46
4.3. Η επίδραση των δημογραφικών και των υπόλοιπων γενικών παραγόντων στις απόψεις του δείγματος για τους πρόσφυγες και τους νόμιμους μετανάστες	53
4.3.1. Η επίδραση του φύλου.....	53
4.3.2. Η επίδραση των παιδιών	55
4.3.3. Η επίδραση της ηλικίας	56
4.3.4. Η επίδραση του επαγγέλματος.....	57
Συμπεράσματα και Προτάσεις	61
Βιβλιογραφία	64

Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα βιώνει μια τεράστια εισροή προσφύγων από χώρες της Ασίας και της Μέσης Ανατολής, κυρίως Σύριους, Ιρακινούς και Αφγανούς. Ο πόλεμος στη Συρία και το Ιράκ και τα απολυταρχικά καθεστώτα στο Αφγανιστάν, αλλά και σε άλλες χώρες της ΝΑ Ασίας, σε συνδυασμό με το χαμηλό βιοτικό επίπεδο, έχουν οδηγήσει χιλιάδες ανθρώπους κάθε ηλικίας στην αναγκαστική φυγή προς την Ευρώπη.

Χρησιμοποιώντας την Ελλάδα σαν πύλη εισόδου στην Ευρώπη κι ακολούθως το προνόμιο της ελεύθερης διακίνησης, έχουν σαν τελικό προορισμό κάποια χώρα της Κεντρικής ή Βόρειας Ευρώπης, με πρώτη σε προτίμηση τη Γερμανία, ακολουθούμενη από την Αυστρία, το Βέλγιο, τη Σουηδία και το Ην. Βασίλειο. Δυστυχώς, οι λοιπές ευρωπαϊκές χώρες, αντιλαμβανόμενες τις προθέσεις αυτού του μεγάλου όγκου κυνηγημένων κι εξαθλιωμένων ανθρώπων, σφράγισαν τα σύνορά τους, πολλές φορές δια της βίας κι ανέκοψαν τη ροή και τη διασπορά τους στην Ευρωπαϊκή επικράτεια.

Η τελευταία φορά που η Ελλάδα αντιμετώπισε παρόμοια κατάσταση, ήταν η μαζική εισροή Μικρασιατών μετά την καταστροφή, το Σεπτέμβριο-Οκτώβριο του 1922. Τότε η χώρα αποδείχθηκε ανέτοιμη και απροετοίμαστη για κάτι τέτοιο και, καθώς ιστορία επαναλαμβάνεται, το ίδιο αποδείχθηκε και τώρα. Σήμερα, περισσότεροι από 60000 πρόσφυγες βρίσκονται εγκλωβισμένοι στην Ελλάδα παρά τη θέλησή τους, ζώντας σε καταυλισμούς με τη φροντίδα των εθελοντών, των ΜΚΟ και την πενιχρή συμβολή της πολιτείας. Η συμπεριφορά και η αντιμετώπιση των προσφύγων σήμερα δεν είναι και πολύ διαφορετική από την αντίστοιχη πριν από 96 χρόνια, σε μερικές περιπτώσεις μάλιστα ίσως είναι και χειρότερη.

Ένας πληθυσμός τέτοιου μεγέθους, παρουσιάζει όλα τα γνωρίσματα μιας μικροκοινωνίας, συμπεριλαμβανομένων των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν κυρίως ευπαθείς ομάδες του, όπως οι ηλικιωμένοι, τα παιδιά, οι έγκυες γυναίκες και τα άτομα με χρόνια προβλήματα υγείας. Βάσει του διεθνούς

δικαίου, οι πρόσφυγες έχουν δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα και ίσης αντιμετώπισης από τους επαγγελματίες υγείας.

Σ' αυτή τη μελέτη, στόχος είναι η διερεύνηση της αντίληψης που έχουν οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας σχετικά με το προσφυγικό ζήτημα, αλλά και με τους πρόσφυγες ειδικότερα, η στάση που κρατούν απέναντί τους (αν δηλαδή τους θεωρούν και τους αντιμετωπίζουν ισότιμα με τον υπόλοιπο πληθυσμό της περιοχής), το ποσοστό και ο βαθμός ενσυναίσθησης (empathy), η γενικότερη εικόνα και διάθεση που τους διακατέχει απέναντι στους πρόσφυγες και τους νόμιμους μετανάστες.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρατίθεται το εννοιολογικό πλαίσιο που αφορά στην παρούσα διπλωματική εργασία, ενώ στο δεύτερο κεφάλαιο παρατίθεται η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις ειδικές συνθήκες για την Υγεία των προσφύγων και των μεταναστών στις χώρες υποδοχής. Στο τρίτο κεφάλαιο παρατίθεται το μεθοδολογικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο έλαβε χώρα η έρευνα της εργασίας και στο τέταρτο κεφάλαιο παρατίθενται αναλυτικά τα αποτελέσματα της έρευνας. Τέλος, το τελευταίο κεφάλαιο περιλαμβάνει τα συμπεράσματα και τις προτάσεις που προκύπτουν από την παρούσα έρευνα.

1. Το εννοιολογικό πλαίσιο

1.1. Η έννοια του Πρόσφυγα.

Με κύριο στόχο τη βοήθεια προς τους πρόσφυγες, ιδρύθηκε το 1951, η Ύπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες (UNHCR) (Boyer, 2002). Έκτοτε, ο αριθμός των προσφύγων αυξήθηκε δραματικά λόγω των συγκρούσεων και των φυσικών καταστροφών παγκοσμίως, φθάνοντας τα 19,5 εκατομμύρια το 2014. Ο αριθμός είναι ο υψηλότερος που έχει καταγραφεί μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Το 2014, οι βίαιες συγκρούσεις και η καταπίεση εξανάγκασαν κατά μέσο όρο 42.500 άτομα ημερησίως να εγκαταλείψουν την κατοικία τους και να αναζητήσουν ασφάλεια αλλού (είτε στην ίδια χώρα είτε εκτός των συνόρων της χώρας τους) (UNHCR, 2015).

Σύμφωνα με τον Gordenker (1987), ένας πρόσφυγας είναι ένα άτομο που έχει υποστεί παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, έχει στερηθεί τα θεμελιώδη του ανθρώπινα δικαιώματα και συνεπώς αποχωρεί από τη χώρα καταγωγής του. Σύμφωνα με τη Σύμβαση για το Καθεστώς των Προσφύγων του 1951, ένας πρόσφυγας είναι οποιοδήποτε άτομο βρίσκεται εκτός της χώρας της ιθαγένειάς του, λόγω φόβου δίωξης εξαιτίας της φυλής, της θρησκείας, της εθνικότητας ή των πολιτικών του απόψεων και δεν είναι σε θέση να κάνει χρήση της προστασίας της κυβέρνησης της χώρας της οποίας είναι υπήκοος ή αν δεν έχει την ιθαγένεια, να επιστρέψει στη χώρα της προηγούμενης συνήθους διαμονής του. Έτσι λοιπόν, η Σύμβαση σχετικά με το καθεστώς των προσφύγων του 1951, ορίζει τον πρόσφυγα ως θύμα πολιτικών διώξεων. Η έννοια αυτή διευρύνθηκε από την Ύπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες ώστε να συμπεριληφθούν ομάδες προσφύγων, όπως τα άτομα εκείνα που εγκαταλείπουν τις χώρες τους εξαιτίας άλλων μορφών βίας, όπως οι εμφύλιοι πόλεμοι (Maciver, 2004).

1.2. Τα άτομα που ζητούν Άσυλο

Ένα άλλο βασικό ζήτημα ορισμού είναι αυτό σχετικά με το άτομο που αιτείται άσυλο, το οποίο πολλές φορές συγχέεται με την έννοια του πρόσφυγα. Ένας αιτών άσυλο είναι ένα άτομο που δηλώνει ότι είναι πρόσφυγας και του οποίου η απαίτηση δεν έχει αξιολογηθεί. Σύμφωνα με την Ύπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες (UNHCR), περίπου 1 εκατομμύριο άνθρωποι κατά μέσο όρο ζητούν άσυλο σε ατομικό επίπεδο κάθε χρόνο. Το 2014, στα γραφεία της Ύπατης Αρμοστείας των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες (UNHCR) σε 157 χώρες παρουσιάστηκαν 1,7 εκατομμύρια ατομικές αιτήσεις ασύλου. Από αυτά τα 1,7 εκατομμύρια, στις περίπου 460.000 χορηγήθηκε καθεστώς πρόσφυγα (UNHCR, 2015).

Κάθε έθνος έχει το δικό του σύστημα ασύλου το οποίο χρησιμεύει για να αποφασίσει ποιος αιτών άσυλο, πληροί τις προϋποθέσεις για διεθνή προστασία. Όσοι, σύμφωνα με αυτά τα συστήματα, κριθούν ότι δεν είναι πρόσφυγες και δεν χρειάζονται άλλη μορφή διεθνούς προστασίας, συχνά επαναφέρονται στις χώρες καταγωγής τους. Κατά τη διάρκεια της προσφυγικής κρίσης, με τη μεγάλη εισροή ατόμων που εγκαταλείπουν τη χώρα τους λόγω συγκρούσεων ή γενικευμένης βίας, δεν υπάρχει δυνατότητα των αρχών να εξετάζονται μεμονωμένα οι περιπτώσεις των προσφύγων. Αντίθετα, αυτές οι ομάδες προσφύγων συχνά χαρακτηρίζονται πρόσφυγες «εκ πρώτης όψεως», έτσι ώστε να διασφαλιστεί η ικανοποίηση των θεμελιωδών ανθρωπιστικών αναγκών και δικαιωμάτων (Rutinwa, 1999).

1.3. Ισότητα και ισονομία στην υγειονομική περίθαλψη

Η δικαιοσύνη για την υγεία αναφέρεται στο δικαίωμα του καθενός στην ευκαιρία μιας μακράς και υγιούς ζωής. Περιλαμβάνει την κατάσταση της υγείας που δεν εξαρτάται από τη φυλή, την εθνικότητα, το φύλο, το εισόδημα ή άλλες κοινωνικές συνθήκες. Η επίτευξη της ισότητας απαιτεί τη δημιουργία ίσων ευκαιριών

για την υγεία και την εξάλειψη των διαφορών στην κατάσταση της υγείας μεταξύ των κοινωνικών ομάδων. Απαιτεί από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να χρησιμοποιούν κι άλλους φορείς εκτός από την υγειονομική περίθαλψη, όπως τις κοινωνικές υπηρεσίες, για την ενίσχυση της υγείας στις κοινότητες (Boston Public Health Commission, 2013).

Ο όρος ισότητα και ισονομία στην υγεία χρησιμοποιούνται πολλές φορές εναλλακτικά αλλά δεν είναι συνώνυμοι. Η ισότητα συνεπάγεται την προσπάθεια να παρέχεται βοήθεια στα άτομα που την χρειάζονται για να αποκτήσουν καλή υγεία, ενώ η ισονομία σημαίνει την προσπάθεια να διασφαλιστεί ότι όλοι έχουν πρόσβαση στην ίδια υπηρεσία για να αποκτήσουν καλή υγεία, εξασφαλίζοντας ότι όλοι λαμβάνουν την ίδια μεταχείριση (Braveman & Gruskin, 2003).

1.4. Παγκοσμιοποίηση και πρόσφυγες

Η χρήση του όρου «παγκοσμιοποίηση» πρωτοεμφανίστηκε στη δεκαετία του 1940, αλλά δεν ήταν στην επικαιρότητα μέχρι και 50 χρόνια αργότερα, στη δεκαετία του 1990. Αποτελεί μια έννοια που περιλαμβάνει μια αναμόρφωση και έναν μετασχηματισμό του κόσμου και την ενσωμάτωση των πολιτισμών σε μια ενιαία ολότητα (Steger, 2013). Οι επιστήμονες δηλώνουν ότι πλέον ο κόσμος αποτελεί ένα ενιαίο σύνολο και ως εκ τούτου, αυτό το παγκόσμιο ρεύμα είναι αδύνατον να μην επηρεάζει άμεσα τόσο την πολιτιστική πολυμορφία όσο και την πολιτισμική καθολικότητα (Ray, 2010).

Με την παγκοσμιοποίηση, πολλές μορφές σύνδεσης και ροές συνδέουν το τοπικό με το παγκόσμιο επίπεδο. Αυτό καθιστά ευθύνη στο να είναι ο εκάστοτε άνθρωπος ανοιχτός σε ομοιότητες και διαφορές και να βρίσκει δημιουργικούς τρόπους για να αντεπεξέρχεται στις προκλήσεις που παρουσιάζει η παγκοσμιοποίηση, βρίσκοντας λύσεις σε σύνθετα προβλήματα, δεδομένου ότι μοιράζεται τους ίδιους παγκόσμιους πόρους με πολλούς συνανθρώπους του (Steger, 2013).

Παρόλο που η παγκοσμιοποίηση είναι μια βασική ιδέα του εικοστού πρώτου αιώνα και σημαντική ως καθοριστικός παράγοντας της ανθρώπινης κατάστασης στον σύγχρονο κόσμο, (Robinson, 2007). δεν υπάρχει καθολικός ορισμός του όρου «παγκοσμιοποίηση» (Robinson, 2007). Σύμφωνα με τον ανθρωπολόγο Arjun Appadurai, η παγκοσμιοποίηση αποτελεί την εξάπλωση των ανθρώπων, των μέσων ενημέρωσης, των τεχνολογιών, των χρημάτων και των πολιτικών ιδεών σε όλο τον κόσμο. Ο ίδιος υποστηρίζει ότι οι τουρίστες, οι μετανάστες και οι πρόσφυγες μπορούν να κυκλοφορούν με χαρακτηριστική ευκολία μεταξύ διαφορετικών περιοχών του κόσμου και ότι αυτές οι ομάδες ανθρώπων επιφέρουν σημαντικό αντίκτυπο στον πολιτισμό και την πολιτική σε παγκόσμια κλίμακα (Appadurai, 1996).

Όλοι συμφωνούν ότι οι άνθρωποι σήμερα ζουν σε έναν όλο και πιο παγκοσμιοποιημένο κόσμο, αλλά οι απόψεις διαφέρουν ως προς το αν αυτό είναι καλό ή κακό. Στην αρχή, υπήρχαν πολλοί υπέρμαχοι της ιδέας της παγκοσμιοποίησης αλλά μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '90 τα μειονεκτήματα της άρχισαν να αναδύονται και να τονίζονταν ολοένα και περισσότερο. Οι νεοφιλελεύθεροι συνήθως υπόσχονται ότι ως απόρροια της παγκοσμιοποίησης, αναμένεται η εξάπλωση των ευκαιριών και του πλούτου σε όλα τα έθνη. Από την άλλη πλευρά του φάσματος, οι αριστεροί σοσιαλιστές τείνουν να υποστηρίζουν ότι η παγκοσμιοποίηση είναι μια διαδικασία που αυξάνει την ανισότητα. Υποστηρίζουν ότι δημιουργεί προβλήματα στις φτωχότερες χώρες στο πλαίσιο του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας, εξαλείφοντας τις τοπικές παραδόσεις και τους εθνικούς πολιτισμούς και προκαλώντας δυσκολίες στην αναζήτηση φυσικών πόρων και στην διατήρηση του φυσικού περιβάλλοντος. (Steger, 2013).

1.5. Κοινωνικοί παράγοντες της υγείας

Η υγεία ενός ατόμου έχει βαθιά επίδραση στην ποιότητα ζωής του και αποτελεί βασικό παράγοντα ευημερίας μιας ολόκληρης κοινωνίας. Ιστορικά, η έρευνα για την υγεία έχει προσεγγιστεί από ένα μοντέλο, το οποίο είναι βασισμένο στη δυτική ιατρική - ένα μοντέλο που τονίζει το άτομο και τα δικαιώματά του και τις

ευθύνες του για την υγεία του (Lunn, 2014). Το μοντέλο αυτό δίνει προτεραιότητα στη διαχείριση και τη θεραπεία ασθενειών αντί να εστιάζει στην πρόληψη των ασθενειών και στη διατήρηση της υγείας.

Τις τελευταίες δεκαετίες, η άποψη αυτή έχει αλλάξει προς μια πιο ολιστική άποψη της υγείας, με αποτέλεσμα την εμφάνιση εναλλακτικών μοντέλων που λαμβάνουν υπόψη τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και υπογραμμίζουν τη σημασία των προληπτικών μέτρων σε πολλαπλά επίπεδα (Lunn, 2014). Οι κοινωνικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας περιλαμβάνουν παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο κατανομής των πόρων των κοινωνιών και τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα στα οποία εκτίθενται τα άτομα. Υπάρχουν συγκεκριμένοι πληθυσμοί και κοινωνικές ομάδες που αντιμετωπίζουν επίμονα μια χαμηλότερη κατάσταση υγείας από άλλες και χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή για να κατανοήσουν και να διευκολύνουν την βελτίωση της υγείας τους. Μεταξύ αυτών, οι πρόσφυγες αποτελούν μια ομάδα ατόμων με αυστηρές και διαφορετικές υγειονομικές απαιτήσεις (Lunn, 2014).

Το πεδίο των κοινωνικών προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας είναι ιδιαίτερα περίπλοκο καθώς αποτελείται από πολλούς και ιδιαίτερα απαιτητικούς παράγοντες. Περιλαμβάνει τις επιπτώσεις της οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής στην υγεία, καθώς και την σημασία των επενδύσεων στις πολιτικές υγείας (Wilkinson & Marmot, 2003). Ακόμη και στις πιο ευημερούσες χώρες και κοινότητες, τα φτωχά άτομα εμφανίζουν πολύ μικρότερο προσδόκιμο ζωής από ό, τι τα πιο εύπορα. Αυτές οι ανισότητες στην υγεία αποτελούν θεμελιώδη κοινωνική αδικία και έχουν επισημάνει τους ισχυρότερους καθοριστικούς παράγοντες των υγειονομικών προτύπων στις σημερινές κοινωνίες, καθώς και την σημασία της ευαισθησίας της υγείας στο κοινωνικό περιβάλλον (Wilkinson & Marmot, 2003).

Πρόσφατες έρευνες έχουν εντοπίσει τους σημαντικότερους καθοριστικούς παράγοντες για την κοινωνική υγεία των προσφύγων. Αυτοί είναι δυνατόν να ενσωματωθούν σε τέσσερις κύριες κατηγορίες (Lunn, 2014):

- Τα κοινωνικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, φυλή και εθνικότητα, οικογενειακή δομή κλπ.)

- Τους κινδύνους και τους παράγοντες προστασίας (μεγάλα συμβάντα και τραύματα της ζωής, στρες διακρίσεων, πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας)
- Τους ψυχοκοινωνικούς πόρους (ταυτότητα, πολιτισμός, διαπροσωπικές σχέσεις κλπ.)
- Την υγειονομική κατάσταση (θνησιμότητα και νοσηρότητα, επίπεδα και συχνότητα χρόνιων ασθενειών)

Οι εθνικές πολιτικές διαδραματίζουν καίριο ρόλο στη διαμόρφωση του κοινωνικού περιβάλλοντος με τρόπους που συμβάλλουν στην καλύτερη υγεία, τόσο μέσω συμπεριφορικών παραγόντων όπως οι διατροφικές συνήθειες, η άσκηση και η ποιότητα της γονικής μέριμνας όσο και πιο διαρθρωτικές πτυχές όπως η ανεργία, η φτώχεια και η εμπειρία της εργασίας. Η ιατρική περίθαλψη σήμερα μπορεί να βελτιώσει τα ποσοστά επιβίωσης και την πρόγνωση, αλλά μεγαλύτερη σημασία για την υγεία του πληθυσμού στο σύνολό του, έχουν οι οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες που βιώνουν οι ασθενείς. Με αυτήν την έννοια, τονίζεται για μια ακόμη φορά η σημασία του κοινωνικού περιβάλλοντος στην υγεία των ατόμων (Wilkinson & Marmot, 2003) .

Η πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη και η αξιοποίηση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη καλής και ισότιμης υγείας. Το ίδιο το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι κατά κάποιο τρόπο, κοινωνικός προσδιοριστικός παράγοντας της υγείας, που επηρεάζεται και επηρεάζει την επίδραση άλλων κοινωνικών παραγόντων. Η εθνικότητα, η εκπαίδευση, το επάγγελμα, το φύλο και ο τόπος κατοικίας σχετίζονται με την πρόσβαση των ατόμων και τις εμπειρίες τους, αλλά και με τα οφέλη από την ιατρική περίθαλψη. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε όλους τους κλάδους της κοινωνίας, προκειμένου να διαπιστώσουν ότι οι πολιτικές και οι δράσεις που κατά καιρούς υιοθετούνται, βελτιώνουν την ισότητα στην υγεία (CSDH, 2008).

1.6. Η επίδραση της μετανάστευσης στην υγεία

Πολλά προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας μπορούν να προκύψουν από τις εμπειρίες των παιδιών και των οικογενειών τους που αναγκάζονται να εγκαταλείψουν τον τόπο τους. Οι πρόσφυγες συχνά περνούν μέσα από καταστάσεις βίας και απωλειών, διότι πρέπει να αφήσουν πίσω τους όλη την οικογένεια, τους φίλους και τα υπάρχοντά τους, και να εγκατασταθούν σε μια νέα χώρα. Πρέπει να προσαρμοστούν σε μια νέα κοινωνία με ξεχωριστό πολιτισμό και κανόνες, που μπορεί να διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό από αυτά που έχουν οι ίδιοι συνηθίσει να βιώνουν (McFarlane et al., 2011).

Λόγω αυτών των συνθηκών, τα παιδιά των προσφύγων είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν παθήσεις και συμπτώματα ψυχικής υγείας από τον γηγενή πληθυσμό των χωρών υποδοχής (McFarlane et al., 2011). Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, το μετά-τραυματικό στρες, η κατάθλιψη και το άγχος επικρατούν ιδιαίτερα σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα. Επιπρόσθετα, έχουν αναφερθεί πολλές άλλες συνέπειες για την ψυχική υγεία των προσφύγων, όπως η θλίψη, οι διαταραχές συμπεριφοράς, οι μαθησιακές δυσκολίες, οι αναπτυξιακές διαταραχές και τα φυσικά προβλήματα (McFarlane et al. 2011).

Η μετανάστευση έχει γίνει ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την παγκόσμια υγεία και την κοινωνική ανάπτυξη. Ακόμη και κάτω από τις καλύτερες συνθήκες, ο ξεριζωμός, ο εκτοπισμός και η επανεγκατάσταση που προκλήθηκαν από τη μετανάστευση, εθελοντικά ή αναγκαστικά, φέρνουν μαζί τους πολλές προκλήσεις. Η μετανάστευση επηρεάζει «αυτούς που κινούνται, αυτούς που μένουν πίσω και εκείνους που υποδέχονται μετανάστες» (Carballo et al., 1998).

Για το λόγο αυτό, η σημασία των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης των χωρών υποδοχής είναι τεράστια (Carballo et al., 1998). Η «ώθηση» της φτώχειας προκαλεί τη μετακίνηση των περισσότερων μεταναστών παρά η «έλξη» καλύτερων συνθηκών διαβίωσης. Αυτό φανερώνεται από το γεγονός ότι συχνά οι μετανάστες προέρχονται από κοινωνικοοικονομικά υποβαθμισμένα κράτη και περιοχές με μειωμένη ποιότητα ζωής ή υγείας και γίνονται δεκτοί σε χώρες επανεγκατάστασης, οι

οποίες διαθέτουν καλύτερες δομές υγείας από ότι των χωρών από τις οποίες προέρχονται (Carballo & Nerukar, 2001).

Οι πρόσφυγες διαφέρουν από τους άλλους μετανάστες, διότι έχουν αναγκαστεί να εγκαταλείψουν τη χώρα προέλευσής τους και κατά κανόνα είναι λιγότερο προετοιμασμένοι οικονομικά και πρακτικά όταν φτάνουν στη χώρα, υποδοχής, σε σύγκριση με τους παραδοσιακούς μετανάστες που επιδιώκουν οικονομικό όφελος από τη μετανάστευσή τους. Συνήθως εγκαταλείπουν τα σπίτια τους χωρίς τα υπάρχοντά τους και έχουν μικρό έλεγχο των γεγονότων και των συνεπειών τους. Μπορεί να περάσει πολύς καιρός από τη στιγμή που θα εγκαταλείψουν τη χώρα καταγωγής τους και θα γίνουν επίσημα πρόσφυγες μέχρι να φτάσουν στη χώρα επανεγκατάστασης. Η μετάβαση μπορεί να είναι γεμάτη προκλήσεις και κινδύνους, όπως είναι για παράδειγμα, ο κίνδυνος πνιγμού, βίας και παρατεταμένης έκθεσης σε θερμότητα, κρύο, ασθένεια ή τραυματισμό (Carballo & Nerukar, 2001).

Η διαδικασία επανεγκατάστασης στη νέα χώρα μπορεί να οδηγήσει στην κοινωνική περιθωριοποίηση, στην απώλεια του κοινωνικού δικτύου των προσφύγων και σε ζητήματα πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, με αποτέλεσμα την εμφάνιση προβλημάτων υγείας όπως η κατάθλιψη και το άγχος (Carballo et al., 1998). Η έρευνα έδειξε ότι οι πρόσφυγες αντιμετωπίζουν ορισμένα εμπόδια πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη στις χώρες επανεγκατάστασης. Παραδείγματα αυτού είναι η έλλειψη πληροφόρησης σχετικά με το πώς και πού να αποκτήσουν ιατρική βοήθεια, τα γλωσσικά εμπόδια, ο φόβος δίωξης που απορρέει από προηγούμενη εμπειρία, η έλλειψη ικανοτήτων διαχείρισης πολιτισμικών διαφορών που προκύπτουν στην χώρα υποδοχής και η αδυναμία επίλυσης μιας σειράς άλλων ζητημάτων που σχετίζονται με την κατάστασή τους ως πρόσφυγες (Fang et al., 2015).

Ως εκ τούτου, οι πληθυσμοί των προσφύγων βρίσκονται σε κίνδυνο και συχνά έχουν ξεχωριστές και πολύπλοκες ανάγκες υγείας. Για τον λόγο αυτό θα πρέπει να αποκτούν άμεση προσοχή κατά την άφιξη, καθώς και παρακολούθηση και θεραπεία καθ' όλη τη διαδικασία επανεγκατάστασης. Οι φυσικές ασθένειες, όπως η υψηλή αρτηριακή πίεση, ο καρκίνος και οι καρδιακές παθήσεις, κλιμακώνονται στους

πρόσφυγες λόγω άγχους, φτώχειας και αλλαγών στον τρόπο ζωής και διατροφής (Grove & Zwi, 2006).

Οι μετανάστες έχουν συχνά περιορισμένες γνώσεις σχετικά με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στη νέα χώρα. Αυτό μπορεί να χειροτερέψει τις υπάρχουσες συνθήκες, καθώς οι μετανάστες τείνουν να αναζητούν ιατρική περίθαλψη σε μεταγενέστερο στάδιο της ασθένειάς τους, σε σχέση με άτομα του πληθυσμού χώρας υποδοχής (Shishehgar et al., 2015). Η άμεση πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη είναι ζωτικής σημασίας για την εκτίμηση και την εστίαση στα προβλήματα και της ψυχικής υγείας των μεταναστών (Grove & Zwi, 2006). Εξάλλου, πολλοί μετανάστες αντιμετωπίζουν ένα πολιτισμικό σοκ όταν εμφανίζονται διαφορές στις προσδοκίες, τα ιδανικά και τις πεποιθήσεις που επικρατούν στη νέα χώρα. Διάφορα πολιτιστικά πρότυπα μπορούν να οδηγήσουν σε συγκρούσεις εντός των οικογενειών, σε καταστροφές σχέσεων και σε διαζύγια. Το νέο πολιτισμικό περιβάλλον ενδεχομένως να μπορεί επίσης να επηρεάσει τις συμπεριφορές των μεταναστών που αναζητούν υγεία λόγω προβλημάτων επικοινωνίας και παρεξηγήσεων (Shishehgar et al., 2015).

Για να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στην υγεία, είναι κρίσιμο οι χώρες υποδοχής να ανταποκριθούν με τρόπους που ταυτόχρονα βελτιώνουν την ισότητα στην υγεία και διατηρούν το σεβασμό των εθνικών περιορισμών πόρων (Anderson et al., 2003).

2. Οι ειδικές συνθήκες για την Υγεία των προσφύγων και των μεταναστών στις χώρες υποδοχής

2.1 Η σημασία της ικανότητας διαχείρισης των πολιτισμικών διαφορών

Η ικανότητα διαχείρισης των πολιτισμικών διαφορών είναι μια σημαντική πτυχή που βοηθά τους πρόσφυγες να αισθάνονται ασφαλείς στο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης. Η ικανότητα αυτή είναι δυνατόν να οριστεί ως ένα σύνολο συμπαγών συμπεριφορών, στάσεων και πολιτικών που συναντώνται σε ένα σύστημα, μια υπηρεσία ή μεταξύ επαγγελματιών και επιτρέπουν σε αυτούς να εργάζονται αποτελεσματικά σε διαπολιτισμικές καταστάσεις (Cross et al., 1989). Η δημιουργία ενός πολιτιστικά ικανού συστήματος παρέχει την ικανότητα σε αυτούς που συμμετέχουν σε αυτό να αναγνωρίζουν και να ενσωματώνουν τη σημασία του πολιτισμού, να αξιολογούν τις διαπολιτισμικές αλληλεπιδράσεις και να προσαρμόζονται με τέτοιο τρόπο, ώστε να είναι σε θέση να ικανοποιούν τις ανάγκες που προκύπτουν μέσα στον οργανισμό σε θέματα διαχείρισης πολιτισμικών διαφορών.

Σύμφωνα με την έρευνα των Horvat et al. (2014), η εκπαίδευση στην ανάπτυξη της ικανότητας διαχείρισης των πολιτισμικών διαφορών για τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και με βάση την επιδίωξη της να αξιολογήσει τις επιπτώσεις που είχαν οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις στα αποτελέσματα των ασθενών, στα αποτελέσματα της επαγγελματικής υγείας και στα αποτελέσματα της οργάνωσης της υγειονομικής περίθαλψης, βρέθηκε να επηρεάζει σε όλους αυτούς τους τομείς. Όλες οι αναθεωρημένες μελέτες, ωστόσο, που ακολούθησαν, με βάση συγκεκριμένα κριτήρια συμπερίληψης και αποκλεισμού, ήταν παρατηρητικές και ως εκ τούτου έδωσαν χαμηλό βαθμό ισχυροποίησης των ενδείξεων.

Παρόλα αυτά, η παροχή εκπαίδευσης στον συγκεκριμένο τομέα στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης αποσκοπεί στην παροχή πολύτιμης εμπειρίας

κατά τη φροντίδα του πληθυσμού των προσφύγων, εκ μέρους του προσωπικού. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει ανάγκη για τυποποιημένες εκπαιδευτικές πρακτικές που να αφορούν το θέμα της ικανότητας διαχείρισης των πολιτισμικών διαφορών (Horvat et al., 2014). Η προσπάθεια παροχής τέτοιας ικανότητας για την προστασία των πολιτιστικών προτύπων προσφύγων, καθώς και της θρησκείας και των οικογενειακών αξιών τους μπορούν να βελτιώσουν τη σχέση παροχής-ασθενούς (Perreira & Ornelas, 2011).

Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και το υγειονομικό προσωπικό ενδέχεται να μην έχουν ιδιαίτερη γνώση και ευαισθησία στις ανάγκες του πληθυσμού των προσφύγων, και να μην δίνουν την δέουσα σημασία σε θέματα π.χ. βασανιστηρίων και γενικότερα, διατάραξης της ψυχικής τους υγείας (Segar & Segar, 2011). Μία μελέτη διερεύνησε τα αποτελέσματα για τον πληθυσμό των προσφύγων όταν δημιουργήθηκε μια ειδική μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας αποκλειστικά για πρόσφυγες μέσα στην κοινότητα. Οι ερευνητές εφάρμοσαν ένα πρωτόκολλο που σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει τον αντίκτυπο της έγκαιρης και κατάλληλης από πολιτιστικής άποψης, περίθαλψης για τους πρόσφυγες. Υπήρξε μια μείωση κατά 30% των χρόνων αναμονής για να κλειστεί ένα ραντεβού με έναν πάροχο και μια αύξηση κατά 18% στους πρόσφυγες που καταφέρνουν να συνδεθούν με έναν μόνιμο οικογενειακό γιατρό μέσα στην κοινότητα ένα χρόνο μετά την άφιξή τους στις Ηνωμένες Πολιτείες (McMurray et al., 2014).

Οι πάροχοι που είναι πολιτισμικά ευαίσθητοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τους πρόσφυγες σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πράγμα που θα βελτιώσει τελικά την πρόσβαση στην περίθαλψη (McMurray et al., 2014). Η χρήση μιας γενικής κατευθυντήριας γραμμής από τις αρμόδιες Υπηρεσίες των εκάστοτε χωρών υποδοχής των προσφύγων μπορεί να συμβάλει στη διευκόλυνση της βελτίωσης των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών, συμβάλλοντας στην βελτίωση της ικανότητας διαχείρισης πολιτισμικών διαφορών των εμπλεκόμενων. Οι Pumariega et al. (2013) δημιούργησαν μια τέτοια κατευθυντήρια γραμμή που επικεντρώνεται στην κλινική εφαρμογή της πολιτισμικής ικανότητας από κλινικούς ψυχολόγους για τη βελτίωση της φροντίδας των παιδιών, των εφήβων και των οικογενειών τους που προέρχονται από διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Αυτή η συγκεκριμένη κατευθυντήρια γραμμή μπορεί να είναι χρήσιμη για

τους παρόχους φροντίδας για τον πληθυσμό των προσφύγων, καθώς είναι δυνατόν να παρέχει μια επισκόπηση σημαντικών παρεμβάσεων που μπορούν να εφαρμοστούν κατά τη διάρκεια των επισκέψεων των προσφύγων σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης.

2.2. Προκλήσεις που συνδέονται με την επανεγκατάσταση των προσφύγων

Σύμφωνα με τον Eckstein (2011), τα πιο συνηθισμένα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι πρόσφυγες στους παρόχους της πρωτοβάθμιας περίθαλψης περιλαμβάνουν μυοσκελετικούς πόνους, που συχνότερα εμφανίζονται στο λαιμό και την πλάτη, μολυσματικές ασθένειες όπως η φυματίωση και κάποιες παρασιτικές μολύνσεις, αλλά και κάποιες χρόνιες ασθένειες που μπορεί να έχουν παραμεληθεί, συμπεριλαμβανομένης της υπέρτασης, της υπερλιπιδαιμίας και του σακχαρώδους διαβήτη. Ο πληθυσμός των προσφύγων έχει επίσης αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης, άγχους και διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό λόγω προηγούμενων εμπειριών τραύματος, βασανιστηρίων, εγκατάλειψης της πατρίδας τους και διαβίωσης σε καταυλισμούς προσφύγων. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης έχουν την ευκαιρία να εκπαιδεύσουν τους πρόσφατα εγκατεστημένους πρόσφυγες σχετικά με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να το χρησιμοποιήσουν κατά την επανεγκατάσταση τους.

Υπάρχει επίσης η δυνατότητα να λάβει χώρα η έναρξη μιας στενότερης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του ασθενούς και του ιατρού. Η αντιμετώπιση των αναγκών των προσφύγων σε θέματα που σχετίζονται με την ψυχική υγεία κατά την επανεγκατάσταση τους είναι εξαιρετικά σημαντική για τη γενική φροντίδα της υγείας τους. Ωστόσο, η ίδρυση υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορεί να προκαλέσει ντροπή ή αίσθημα στιγματισμού για τα άτομα που συμμετέχουν σε αυτά ή να μην αναγνωρίσει την ψυχική ασθένεια ως τέτοια (Nazzari, et al., 2014). Η πλειοψηφία των προσφύγων που φτάνουν στις Ηνωμένες Πολιτείες και την Ευρωπαϊκή Ένωση δεν έχουν τίποτα

περισσότερο από μερικά ρούχα στις πλάτες τους. Η κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση μπορεί να μην τους παρέχει την δυνατότητα να αναζητούν υπηρεσίες πρόληψης και ειδικής υγειονομικής περίθαλψης (Nazzal et al., 2014).

Η (μη) γνώση για την υγειονομική περίθαλψη είναι ένα άλλο εμπόδιο που αντιμετωπίζουν οι πρόσφυγες ασθενείς, καθώς μπορεί να μην είναι εξοικειωμένοι με τις διαδικασίες που ακολουθούνται από τις χώρες υποδοχής. Μπορεί επίσης να έχουν προβλήματα με την εμφάνισή τους σε προκαθορισμένα ραντεβού λόγω έλλειψης μεταφορικών μέσων και μη κατανόησης της διαδικασίας υποβολής αίτησης για την παροχή ασφάλισης υγείας (Nazzal et al., 2014). Έρευνες που έλαβαν χώρα στην Μινεσότα των Ηνωμένων Πολιτειών στόχευσαν στην εξέταση των παραγόντων που επηρεάζουν τις εμπειρίες υγείας των γυναικών που προέρχονται από την Σομαλία. Σύμφωνα με τους Pavlish et al. (2010), οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των γυναικών στη Σομαλία και του συστήματος υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών ήταν συχνά μη ικανοποιητικές και μη παραγωγικές. Η μελέτη διαπίστωσε ότι η ασθένεια θεωρείται από τη δυτική ιατρική ως βιοϊατρικά καθοδηγούμενη, αντίληψη η οποία έρχεται σε αντίθεση με τις πεποιθήσεις της σομαλικής κουλτούρας. Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν την υγεία τους ως επηρεαζόμενη από το ολιστικό περιβάλλον τους, συμπεριλαμβανομένης της σχέσης με τον εαυτό τους, τους άλλους και τον Αλλάχ, δηλαδή με συμπτώματα που μπορεί να αποδοθούν περισσότερο στην πνευματική ή κοινωνική σύνδεση τους και όχι με την βιολογική τους υπόσταση. (Pavlish et al., 2010). Αυτός ο τύπος αποκλίσεων στον χώρο των αντιλήψεων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα της υποδοχής των προσφύγων λόγω των συχνών παρεξηγήσεων. Οι αιτούντες άσυλο σε μια άλλη μελέτη αισθάνθηκαν επίσης μια αίσθηση δυσπιστίας προς την ιατρική περίθαλψη (Segar & Segar, 2011).

2.3. Οι φραγμοί στην υγειονομική περίθαλψη των προσφύγων

Οι πάροχοι φροντίδας για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες μπορεί να έχουν μειωμένη ικανοποίηση όταν φροντίζουν αυτούς τους πληθυσμούς. Μία μελέτη διερεύνησε αν η ικανοποίηση των ιατρών κατά τη διάρκεια των κλινικών

συναντήσεων διαφέρει κατά τη φροντίδα ασθενών που προέρχονται από άλλες χώρες, σε σχέση με την φροντίδα γηγενών πληθυσμών. Μετά την ανάλυση των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο της έρευνας, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι γιατροί ήταν πολύ λιγότερο ικανοποιημένοι μετά από τις συναντήσεις με μετανάστες. Οι κύριες απογοητεύσεις τους σχετίζονταν με την αποτυχία του ασθενούς να συμμορφωθεί με τις συμβουλές που δόθηκαν σχετικά με τη θεραπεία και την πρόληψη των ασθενειών, καθώς και την έλλειψη κατανόησης του ασθενούς όσον αφορά τη διαχείριση των χρόνιων διαταραχών (Kamath et al., 2003). Υπάρχει μια τάση, μεταξύ των ασθενών που προέρχονται πιο συγκεκριμένα από τις υποσαχάριες χώρες της Αφρικής, σύμφωνα με την οποία ο ιατρός που τους εξετάζει (θα πρέπει να) ξέρει ακριβώς τι πρόβλημα αντιμετωπίζουν και ότι θα τους παράσχει θεραπεία που θα τους βοηθήσει να λύσουν τα θέματα υγείας που αντιμετωπίζουν, άμεσα. Οι έννοιες της διερεύνησης, της πρόληψης και της διαχείρισης των χρόνιων ασθενειών δεν έχουν ισχυρή απήχηση σε πολλούς πληθυσμούς προσφύγων.

Οι Pavlish et al. (2010) ανέφεραν ότι στον πολιτισμό της Σομαλίας δεν υπάρχει η έννοια της πρόληψης και του προσυμπτωματικού ελέγχου. Τα συμπτώματα αντιπροσωπεύουν την ασθένεια και ως εκ τούτου επιδιώκεται μια θεραπεία για τα συμπτώματα και όχι μια ερμηνεία μιας χρόνιας ασθένειας. Πολλές φορές, οι πληθυσμοί αυτοί δεν παίρνουν φάρμακα, ή παίρνουν μόνο φάρμακα για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα, καθώς δεν συνειδητοποιούν ότι ο σκοπός τους θα πρέπει να είναι το να αποτρέψουν την εμφάνιση ασθένειας (Pavlish et al., 2010). Μια διερευνητική πιλοτική μελέτη που διεξήχθη στο Οχάιο των Ηνωμένων Πολιτειών αποσκοπούσε στο να καθορίσει την προοπτική της διαχείρισης της φροντίδας των εγκύων γυναικών προσφύγων από την Σομαλία με ιστορικό αφαίρεσης γυναικείων γεννητικών οργάνων (Lazar et al., 2013). Είναι ενδιαφέρον ότι οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι αυτό το χαρακτηριστικό, το οποίο αναφέρεται στην διεθνή βιβλιογραφία ως “female genital cutting” (FGC) δεν αποτελούσε το κύριο εμπόδιο για τη φροντίδα γυναικών αυτών στις μαιευτικές κλινικές. Υπήρχαν διαφορετικά θέματα που προέκυψαν, όπως εμπόδια επικοινωνίας, και αρνήσεις των γυναικών αυτών να εφαρμόσουν τα ιατρικά πρότυπα και μια διάχυτη αίσθηση δυσπιστίας προς το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό (Lazar et al., 2013).

2.4. Η σημασία της κατάστασης υγείας των προσφύγων

Μια ανασκόπηση των υπαρχουσών μελετών σχετικών με το θέμα, από τους Argeseanu et al (2008) συνέκρινε τα αποτελέσματα υγείας για τα άτομα που προέρχονται από διαφορετικά εθνικά υπόβαθρα και μεταναστεύουν στις Η.Π.Α. σε εκείνα των εγγενών Αμερικανών. Τα άτομα που γεννήθηκαν στο εξωτερικό είχαν χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης καρδιακών παθήσεων, παχυσαρκίας, ψυχικών διαταραχών και καρκίνου. Οι ερευνητές επικεντρώθηκαν στην κατάσταση υγείας που καθορίστηκε κατά την άφιξή τους στις ΗΠΑ, καθώς οι μεγαλύτεροι αλλοδαποί που γεννήθηκαν μετανάστες όσο ζούσαν στις ΗΠΑ, ήταν πιθανότερο να υιοθετήσουν παρόμοιο τρόπο ζωής με τον πληθυσμό που γεννήθηκε στις ΗΠΑ (Argesean et al., 2008). Τα αποτελέσματα της μελέτης υποδηλώνουν ότι ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) των προσφύγων άλλαξε όσο περισσότερο αυτοί ζούσαν στις ΗΠΑ. Οι σχετικές μελέτες δείχνουν ότι η προσαρμογή στα αμερικανικά διατροφικά πρότυπα και του τρόπου ζωής γενικότερα κατά συνθήκη λαμβάνει χώρα μέσα σε μια χρονική περίοδο περίπου δέκα ετών (Argeseanu et al., 2008). Αυτό το θέμα απαιτεί περαιτέρω μελέτη, ιδιαίτερα γύρω από την πρόταση ότι οι μετανάστες είναι γενικότερα υγιείς. Επίσης, χρήσιμη θα ήταν η μελέτη αντίστοιχων περιπτώσεων μεταναστών και προσφύγων σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Υπάρχει επίσης μια συνέπεια για την έρευνα αυτή που σχετίζεται με τη γενική κατάσταση της υγείας, η οποία μπορεί να καθοριστεί από την ικανότητα να ξεπεραστούν τα εμπόδια με χρήση της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης. Τα εμπόδια στη λήψη φροντίδας περιλαμβάνουν σε γενικές γραμμές τρεις κατηγορίες: Πρώτος, τους μεμονωμένους παράγοντες, δεύτερον, τους θεσμικούς παράγοντες και τρίτον, τους παράγοντες σε επίπεδο συστήματος. Οι ερευνητές εντόπισαν τα πιο κοινά εμπόδια στη λήψη φροντίδας, τα οποία είναι η επιβάρυνση και η πολυπλοκότητα της ασθένειας, η εμπειρία του τραύματος, οι γλωσσικοί φραγμοί και η πολιτισμική κατανόηση της νόσου (McMurray et al., 2014). Οι οικογένειες των προσφύγων ενδέχεται να μην έχουν γνώση των διαθέσιμων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου, είναι επιτακτική η καταγραφή και η ένταξη των προσφύγων σε τοπικούς οργανισμούς μετά την μετανάστευση ή την

επανεγκατάσταση τους για την αντιμετώπιση κοινωνικών, οικονομικών και αναγκών μεταφοράς και των αντίστοιχων ζητημάτων (Eckstein, 2011).

2.5. Η σημασία της βελτίωσης του επιπέδου της υγειονομικής περίθαλψης των προσφύγων

Ο στόχος της βελτίωσης της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης για τους πρόσφυγες είναι πολύπλευρος και οι ερευνητές έχουν πραγματοποιήσει αρκετές μελέτες για να καθορίσουν το πώς μπορεί να βελτιωθεί. Μία μελέτη σημείωσε ότι η μεγάλη εισροή πληθυσμών προσφύγων και μεταναστών αύξησε την ανάγκη ίδρυσης οργανώσεων επικεντρωμένων στην αντιμετώπιση των φραγμών πρόσβασης στις υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες (Edward & Hines-Martin, 2014). Οι ερευνητές εξέτασαν τη φιλοσοφία που επικεντρώνεται στη σωματική και ψυχολογική ευημερία των παιδιών των μεταναστών και συζήτησαν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι γονείς των παιδιών αυτών όσον αφορά τα οικονομικά και γλωσσικά εμπόδια που περιορίζουν την ικανότητά τους να εγγραφούν τόσο σε ιδιωτικά όσο και σε δημόσια προγράμματα ασφάλισης υγείας (Perriera & Ornelas, 2011).

Σύμφωνα με τον Fennelly (2006), οι συστάσεις των δομών υγειονομικής περίθαλψης για τη βελτίωση της φροντίδας των προσφύγων και των μεταναστών περιλαμβάνουν την εφαρμογή πολιτικών αλλαγών για την αύξηση της δυνατότητας των προσφύγων να διαθέτουν ασφάλιση υγείας, την παροχή εκπαίδευσης στους πρόσφυγες και τους μετανάστες σχετικά με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης κατά την επανεγκατάσταση τους και την επίσημη εκπαίδευση των παρόχων στις ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης αυτού του πληθυσμού. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να ενθαρρύνεται να συμμετέχει και να δημιουργεί καλύτερα προγράμματα προβολής και εκπαίδευσης, συμπεριλαμβανομένων των απαιτούμενων διαδικασιών ένταξης εκ μέρους των προσφύγων στα συστήματα υγείας των χωρών υποδοχής (Segar & Segar, 2011).

3. Μεθοδολογία Έρευνας

3.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση των γνώσεων, των στάσεων και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους πρόσφυγες σε νοσοκομεία της περιφέρειας Δυτικής Μακεδονίας. Για το λόγο αυτό έλαβε χώρα μια έρευνα πεδίου, της οποίας τα ερευνητικά ερωτήματα διατυπώνονται στην συνέχεια.

3.2. Τα ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας είναι δυνατόν να παρουσιαστούν ως εξής:

1. Ποιες είναι οι αντιλήψεις του προσωπικού παροχής υπηρεσιών υγείας απέναντι στους πρόσφυγες και τους νόμιμους μετανάστες
2. Πως οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας διάκινται ιδεολογικά και ψυχολογικά απέναντι σε ξένες παραδόσεις, συνήθειες, ήθη και έθιμα και γενικότερα στη διαφορετική κουλτούρα και το ποσοστό ή όχι αποδοχής της
3. Αν και κατά πόσο υπάρχουν δημογραφικοί και ιδεολογικοί παράγοντες που καθορίζουν τον τρόπο διαμόρφωσης των απόψεων και των στάσεων του προσωπικού παροχής υπηρεσιών υγείας απέναντι στους πρόσφυγες και τους νόμιμους μετανάστες

3.3. Πληθυσμός υπό μελέτη

Τον πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν εργαζόμενοι σε νοσοκομεία της Δυτικής Μακεδονίας και συγκεκριμένα σ' εκείνα της Φλώρινας και της Πτολεμαΐδας. Σχετικά με τη μέθοδο επιλογής των συμμετεχόντων στη μελέτη, πραγματοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας ώστε να επιτευχθεί ο πληθυσμός - στόχος. Συνολικά μοιράστηκαν 95 ερωτηματολόγια, αλλά συμπληρώθηκαν τα 89 (ποσοστό ανταποκρισιμότητας 93,7%).

Το σύνολο του πληθυσμού που συμπλήρωσε τα ερωτηματολόγια στα δημόσια νοσοκομεία ήταν 89 άτομα, εκ των οποίων 46 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού κλάδων ΔΕ, ΤΕ, ΠΕ, 29 ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων και 13 άτομα διαφόρων ειδικοτήτων.

3.4 Ερωτηματολόγια και μεταβλητές υπό μελέτη

Η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου αναφορικά με την δομή και το περιεχόμενο του διασφαλίζεται από την ανασκόπηση της ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας, ερευνητικών μελετών και θεματολογίας σχετικής με την εν λόγω έρευνα. Αναλυτικότερα, το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα αποτελείται από δυο ξεχωριστές θεματικές ενότητες και συνολικά από 22 ερωτήσεις.

Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις κλειστού τύπου και μια ανοικτού τύπου, όπου με κατάλληλη χρήση διαφόρων κλιμάκων Likert, ζητείται η άποψη των συμμετεχόντων στην έρευνα για θέματα που διερευνούν τις απόψεις τους σχετικά τους νόμιμους μετανάστες και τους πρόσφυγες.

Η δεύτερη ενότητα αποτελείται από 15 ερωτήσεις με δημογραφικά και προσωπικά στοιχεία των εργαζομένων και ερωτήσεις σχετικά με τις πολιτικές και ιδεολογικές τους τοποθετήσεις. Συγκεκριμένα για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά οι ερωτήσεις αφορούν στο φύλο, στην ηλικία, στην οικογενειακή κατάσταση, στο

εκπαιδευτικό επίπεδο, στα έτη προϋπηρεσίας, στον προσδιορισμό της επαγγελματικής θέσης την οποία κατέχουν και άλλες.

3.5. Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων διενεργήθηκε στο λογισμικό SPSS v.20. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τόσο δείκτες περιγραφικής στατιστικής, όσο και έλεγχοι επαγωγικής στατιστικής. Αναλυτικότερα, χρησιμοποιήθηκαν απόλυτες και σχετικές συχνότητες προκειμένου να παρουσιαστούν τα δημογραφικά και τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος, ενώ για την παρουσίαση των απόψεων των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν μέτρα θέσης και διασποράς και συγκεκριμένα, η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος. Έλαβε χώρα έλεγχος κανονικότητας μέσω χρήσης του τεστ Kolmogorov-Smirnov, ο οποίος έδειξε ότι η υπόθεση περί κανονικότητας θα πρέπει να απορριφθεί. Για τον λόγο αυτό, διενεργήθηκαν οι μη παραμετρικοί έλεγχοι Mann Whitney (για δυο ανεξάρτητα δείγματα) και Kruskal Wallis (για περισσότερα από 2 ανεξάρτητα δείγματα), για την διερεύνηση του επηρεασμού των απόψεων των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα σχετικά με τους πρόσφυγες και τους νόμιμους μετανάστες. Τέλος, ορίστηκε ως επίπεδο σημαντικότητας το $\alpha = 0,05$ το οποίο αντιστοιχεί σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95%.

4. Τα αποτελέσματα της έρευνας.

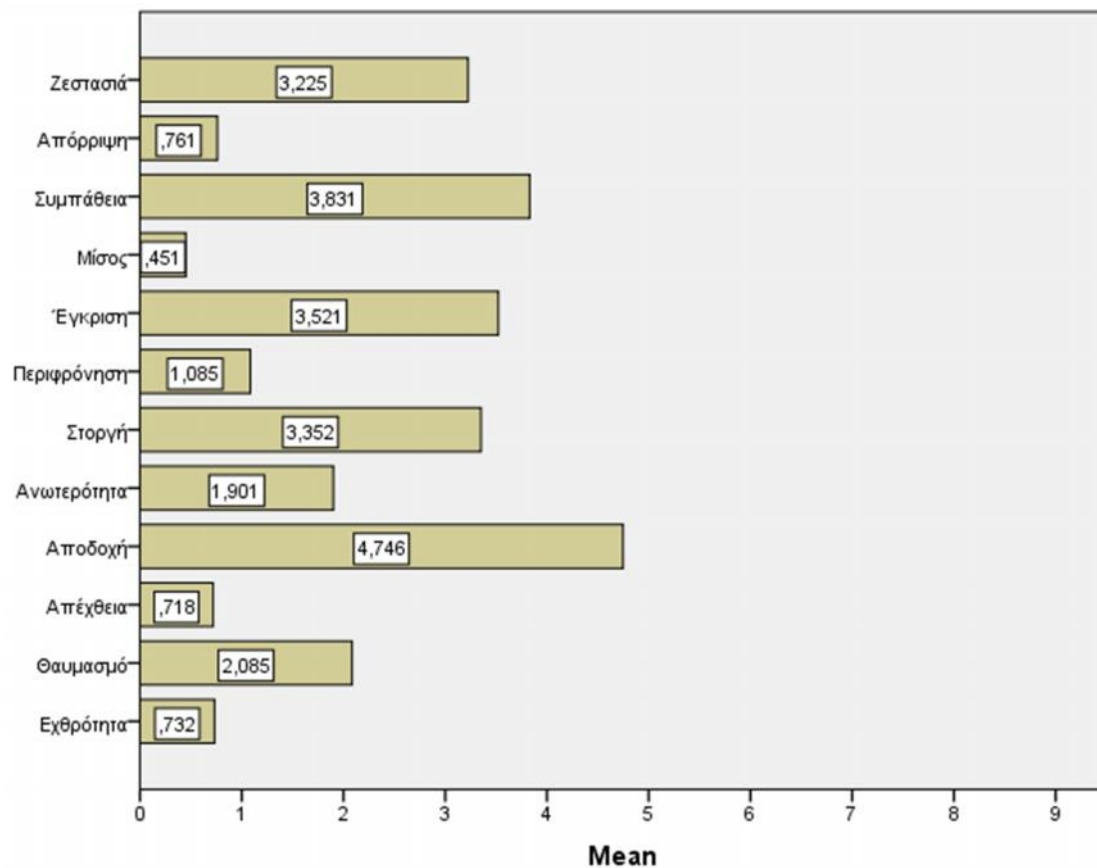
4.1. Οι στάσεις και οι αντιλήψεις των ερωτώμενων απέναντι στους νόμιμους μετανάστες και τους πρόσφυγες

Αρχικά, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας που αναφέρονται στην αντιμετώπιση των ερωτώμενων απέναντι στους νόμιμους μετανάστες. Αναλυτικότερα, ο επόμενος πίνακας και το διάγραμμα που ακολουθεί, παρουσιάζουν τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση των συναισθημάτων, τα οποία αυτοί νιώθουν για τους νόμιμους μετανάστες. Αξίζει να σημειωθεί ότι η κλίμακα στην οποία μετρήθηκε η ένταση καθενός συναισθήματος αποτελούνταν από 9 επίπεδα, όπου το επίπεδο 0 αντιπροσωπεύει την απουσία του εκάστοτε συναισθήματος και το 8 αντιπροσωπεύει την μεγάλη ένταση του συναισθήματος αυτού.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρατίθενται στην συνέχεια, το πιο έντονο συναίσθημα των ερωτώμενων για τους νόμιμους μετανάστες είναι η Αποδοχή (μ.ο. 4,78, τ.α. 2,44), ενώ ακολουθούν η συμπάθεια (μ.ο. 3,92, τ.α. 2,75) και η έγκριση (μ.ο. 3,61, τ.α. 2,75). Επίσης, συναντώνται τα συναισθήματα της Ζεστασιάς (μ.ο. 3,34, τ.α. 2,65) και της Στοργής (μ.ο. 3,39, τ.α. 2,44). Επίσης, σε μικρότερο ποσοστό συναντώνται τα συναισθήματα του Θαυμασμού (μ.ο. 2,23, τ.α. 2,59) και της Ανωτερότητας (μ.ο. 2,03, τ.α. 2,44), ενώ τα συναισθήματα της εχθρότητας (μ.ο. 0,68, τ.α. 1,41), της απέχθειας (μ.ο. 0,77, τ.α. 1,65), της απόρριψης (μ.ο. 0,88, τ.α. 1,81) και της περιφρόνησης (μ.ο. 1,17, τ.α. 2,29) παρουσιάζουν πολύ μικρή παρουσία.

Πίνακας 1. Τα συναισθήματα των ερωτώμενων απέναντι στους νόμιμους μετανάστες

Συναίσθημα	Συχνότητα	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
<i>Εχθρότητα</i>	84	0,68	1,407
<i>Θαυμασμό</i>	73	2,23	2,590
<i>Απέχθεια</i>	74	0,77	1,651
<i>Αποδοχή</i>	76	4,78	2,436
<i>Ανωτερότητα</i>	75	2,03	2,444
<i>Στοργή</i>	75	3,39	2,443
<i>Περιφρόνηση</i>	76	1,17	2,294
<i>Έγκριση</i>	75	3,61	2,745
<i>Μίσος</i>	75	0,57	1,621
<i>Συμπάθεια</i>	75	3,92	2,745
<i>Απόρριψη</i>	76	0,88	1,811
<i>Ζεστασιά</i>	76	3,34	2,651



Διάγραμμα 1. Τα συναισθήματα των ερωτώμενων απέναντι στους νόμιμους μετανάστες

Στην συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας που αναφέρονται στις απόψεις των ερωτώμενων απέναντι στους νόμιμους μετανάστες. Αναλυτικότερα, ο επόμενος πίνακας και το διάγραμμα που ακολουθεί, παρουσιάζουν τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση, στα αποτελέσματα κάποιων συγκεκριμένων προτάσεων, οι οποίες σχετίζονται με τις απόψεις τους σχετικά με τους νόμιμους μετανάστες. Αξίζει να σημειωθεί ότι η κλίμακα στην οποία μετρήθηκε η ένταση καθενός συναισθήματος αποτελούνταν από 9 επίπεδα, όπου το επίπεδο 1 αντιπροσωπεύει την απόλυτη διαφωνία με την εκάστοτε πρόταση και το 9 αντιπροσωπεύει την απόλυτη συμφωνία.

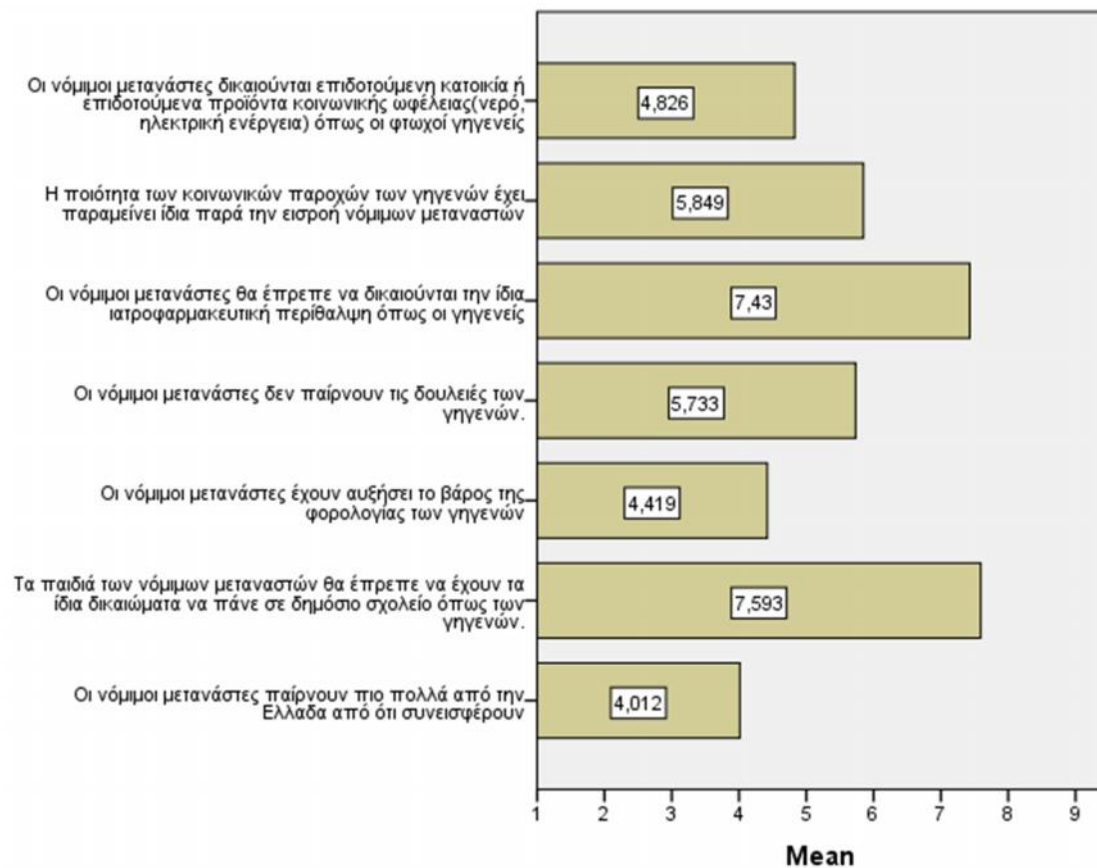
Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρατίθενται στην συνέχεια, η αρνητική πρόταση, σύμφωνα με την οποία, οι νόμιμοι μετανάστες παίρνουν πιο πολλά από την Ελλάδα από ότι συνεισφέρουν, έχει μέτρια αποδοχή από το δείγμα (μ.ο. 4,83, τ.α.

3,14), όπως επίσης και η πρόταση, σύμφωνα με την οποία, οι νόμιμοι μετανάστες έχουν αυξήσει το βάρος της φορολογίας των γηγενών (μ.ο. 4,37, τ.α. 2,95). Από την άλλη πλευρά, οι προτάσεις με τις οποίες το δείγμα των ερωτώμενων φαίνεται να συμφωνεί περισσότερο είναι αυτή που αναφέρεται στα παιδιά των νόμιμων μεταναστών, που θα έπρεπε να έχουν τα ίδια δικαιώματα να πάνε σε δημόσιο σχολείο όπως των γηγενών (μ.ο. 7,60, τ.α. 2,25) και αυτή που αναφέρεται στο ότι οι νόμιμοι μετανάστες θα έπρεπε να δικαιούνται την ίδια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη όπως οι γηγενείς (μ.ο. 7,44, τ.α. 2,45). Μικρότερου βαθμού συμφωνία οι ερωτώμενοι έχουν με την πρόταση που αναφέρεται στο ότι οι παίρνουν τις δουλειές των γηγενών (μ.ο. 5,76, τ.α. 2,97) και με την πρόταση που αναφέρεται στο ότι η ποιότητα των κοινωνικών παροχών των γηγενών έχει παραμείνει ίδια παρά την εισροή νόμιμων μεταναστών (μ.ο. 5,89, τ.α. 2,70). Τέλος, μέτριας έντασης συμφωνία παρουσιάζουν οι ερωτώμενοι με την πρόταση, σύμφωνα με την οποία, οι νόμιμοι μετανάστες δικαιούνται επιδοτούμενη κατοικία ή επιδοτούμενα προϊόντα κοινωνικής ωφέλειας(νερό, ηλεκτρική ενέργεια) όπως οι φτωχοί γηγενείς (μ.ο. 4,83, τ.α. 3,14).

Πίνακας 2. Η συμφωνία των ερωτώμενων με προτάσεις που αναφέρονται στους νόμιμους μετανάστες

Συναίσθημα	Συχνότητα	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Οι νόμιμοι μετανάστες παίρνουν πιο πολλά από την Ελλάδα από ότι συνεισφέρουν	89	4,83	3,141
Τα παιδιά των νόμιμων μεταναστών θα έπρεπε να έχουν τα ίδια δικαιώματα να πάνε σε δημόσιο σχολείο όπως των γηγενών.	89	7,60	2,250
Οι νόμιμοι μετανάστες έχουν αυξήσει το βάρος της φορολογίας των γηγενών	89	4,37	2,948

Οι νόμιμοι μετανάστες δεν παίρνουν τις δουλειές των γηγενών.	88	5,76	2,967
Οι νόμιμοι μετανάστες θα έπρεπε να δικαιούνται την ίδια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη όπως οι γηγενείς	89	7,44	2,449
Η ποιότητα των κοινωνικών παροχών των γηγενών έχει παραμείνει ίδια παρά την εισροή νόμιμων μεταναστών	87	5,89	2,700
Οι νόμιμοι μετανάστες δικαιούνται επιδοτούμενη κατοικία ή επιδοτούμενα προϊόντα κοινωνικής ωφέλειας(νερό, ηλεκτρική ενέργεια) όπως οι φτωχοί γηγενείς	89	4,83	3,141



Διάγραμμα 2. Η συμφωνία των ερωτώμενων με προτάσεις που αναφέρονται στους νόμιμους μετανάστες

Στην συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και συγκεκριμένα, της τρίτης ερώτησης του ερωτηματολογίου, που αναφέρονται στις απόψεις των ερωτώμενων απέναντι στους νόμιμους μετανάστες. Αναλυτικότερα, ο επόμενος πίνακας και το διάγραμμα που ακολουθεί, παρουσιάζουν τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση, στα αποτελέσματα κάποιων συγκεκριμένων προτάσεων, οι οποίες σχετίζονται με τις απόψεις τους σχετικά με τους νόμιμους μετανάστες. Αξίζει να σημειωθεί ότι η κλίμακα στην οποία μετρήθηκε η ένταση καθενός συναισθήματος αποτελούνταν από 9 επίπεδα όπως και προηγουμένως, όπου το επίπεδο 1 αντιπροσωπεύει την απόλυτη διαφωνία με την εκάστοτε πρόταση και το 9 αντιπροσωπεύει την απόλυτη συμφωνία.

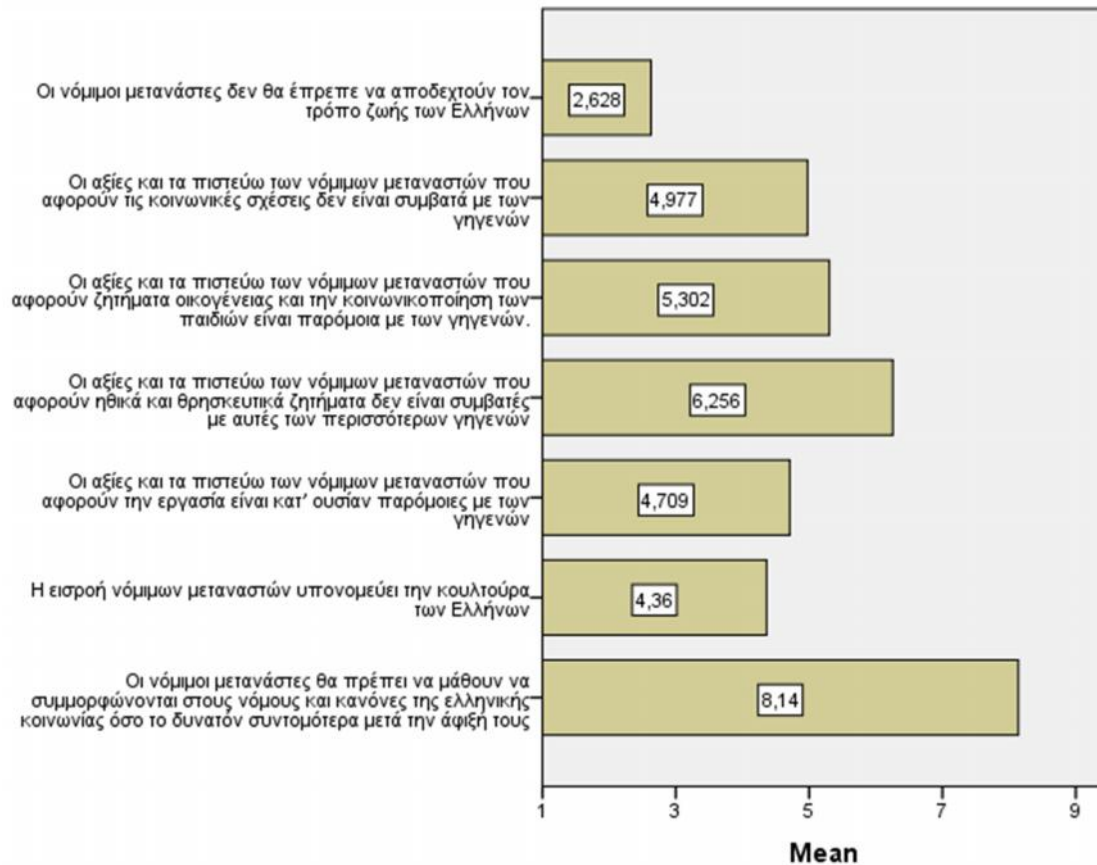
Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρατίθενται στην συνέχεια, η πρόταση, σύμφωνα με την οποία, οι νόμιμοι μετανάστες θα πρέπει να μάθουν να

συμμορφώνονται στους νόμους και κανόνες της ελληνικής κοινωνίας όσο το δυνατόν συντομότερα μετά την άφιξή τους, έχει υψηλή αποδοχή από το δείγμα (μ.ο. 8,17, τ.α. 1,59). Επιπλέον, άλλες προτάσεις με τις οποίες το δείγμα των ερωτώμενων φαίνεται να συμφωνεί σε σχετικά σημαντικό βαθμό είναι αυτή που αναφέρεται στο ότι οι αξίες και τα πιστεύω των νόμιμων μεταναστών που αφορούν ηθικά και θρησκευτικά ζητήματα δεν είναι συμβατές με αυτές των περισσότερων γηγενών (μ.ο. 6,24, τ.α. 2,57) και αυτή που αναφέρεται στο ότι οι αξίες και τα πιστεύω των νόμιμων μεταναστών που αφορούν ζητήματα οικογένειας και την κοινωνικοποίηση των παιδιών είναι παρόμοια με των γηγενών. (μ.ο. 5,27, τ.α. 2,52). Μικρότερου βαθμού συμφωνία οι ερωτώμενοι έχουν με την πρόταση που αναφέρεται στο ότι η εισροή νόμιμων μεταναστών υπονομεύει την κουλτούρα των Ελλήνων (μ.ο. 4,46, τ.α. 3,02), η πρόταση που αναφέρεται στο ότι οι αξίες και τα πιστεύω των νόμιμων μεταναστών που αφορούν την εργασία είναι κατ' ουσία παρόμοιες με των γηγενών (μ.ο. 4,71, τ.α. 2,76) και η πρόταση, σύμφωνα με την οποία οι αξίες και τα πιστεύω των νόμιμων μεταναστών που αφορούν τις κοινωνικές σχέσεις δεν είναι συμβατά με των γηγενών (μ.ο. 4,96, τ.α. 2,69). Τέλος, διαφωνία παρουσιάζουν οι ερωτώμενοι με την πρόταση, σύμφωνα με την οποία, οι νόμιμοι μετανάστες δεν θα έπρεπε να αποδεχτούν τον τρόπο ζωής των Ελλήνων (μ.ο. 2,64, τ.α. 2,41).

Πίνακας 3. Η συμφωνία των ερωτώμενων με προτάσεις που αναφέρονται στους νόμιμους μετανάστες II

Συναίσθημα	Συχνότητα	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Οι νόμιμοι μετανάστες θα πρέπει να μάθουν να συμμορφώνονται στους νόμους και κανόνες της ελληνικής κοινωνίας όσο το δυνατόν συντομότερα μετά την άφιξή τους	89	8,17	1,597
Η εισροή νόμιμων μεταναστών υπονομεύει	89	4,46	3,023

την κουλτούρα των Ελλήνων			
Οι αξίες και τα πιστεύω των νόμιμων μεταναστών που αφορούν την εργασία είναι κατ' ουσίαν παρόμοιες με των γηγενών	86	4,71	2,756
Οι αξίες και τα πιστεύω των νόμιμων μεταναστών που αφορούν ηθικά και θρησκευτικά ζητήματα δεν είναι συμβατές με αυτές των περισσότερων γηγενών	89	6,24	2,572
Οι αξίες και τα πιστεύω των νόμιμων μεταναστών που αφορούν ζητήματα οικογένειας και την κοινωνικοποίηση των παιδιών είναι παρόμοια με των γηγενών.	89	5,27	2,517
Οι αξίες και τα πιστεύω των νόμιμων μεταναστών που αφορούν τις κοινωνικές σχέσεις δεν είναι συμβατά με των γηγενών	89	4,96	2,688
Οι νόμιμοι μετανάστες δεν θα έπρεπε να αποδεχτούν τον τρόπο ζωής των Ελλήνων	89	2,64	2,409



Διάγραμμα 3. Η συμφωνία των ερωτώμενων με προτάσεις που αναφέρονται στους νόμιμους μετανάστες II

Επιπλέον, ο επόμενος πίνακας και το διάγραμμα που ακολουθεί, παρουσιάζουν τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση των συναισθημάτων, τα οποία προκύπτουν από την αλληλεπίδραση των ερωτώμενων με τους νόμιμους μετανάστες. Αξίζει να σημειωθεί ότι η κλίμακα στην οποία μετρήθηκε η ένταση καθενός συναισθήματος αποτελούνταν από 9 επίπεδα, όπου το επίπεδο 0 αντιπροσωπεύει την απουσία του εκάστοτε συναισθήματος και το 8 αντιπροσωπεύει την μεγάλη ένταση του συναισθήματος αυτού.

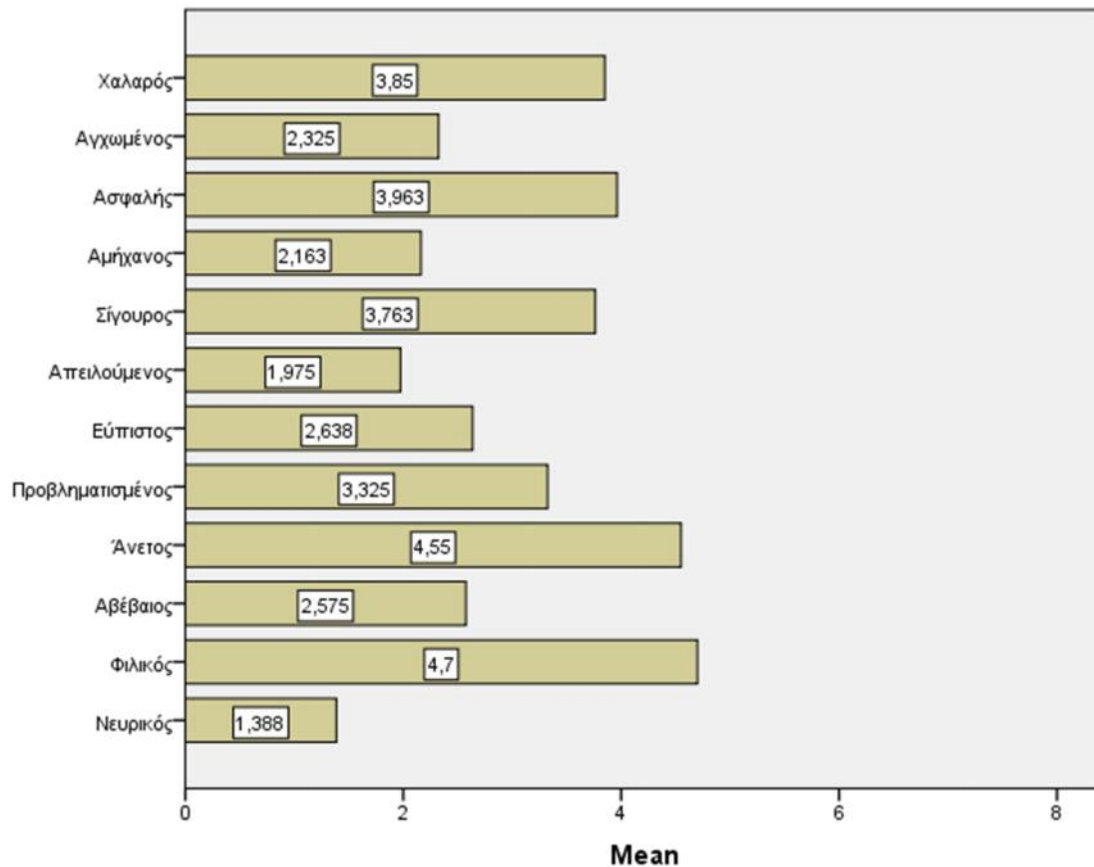
Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρατίθενται στην συνέχεια, το πιο έντονο συναίσθημα των ερωτώμενων που προκύπτει από την αλληλεπίδραση τους με τους νόμιμους μετανάστες είναι το να αισθάνονται Φιλικοί (μ.ο. 4,66, τ.α. 2,41) και Άνετοι (μ.ο. 4,49, τ.α. 2,58). Σε μικρότερο ποσοστό, οι ερωτώμενοι νιώθουν Νευρικοί (μ.ο. 3,84, τ.α. 2,70), Αβέβαιοι (μ.ο. 2,69, τ.α. 2,43), Προβληματισμένοι (μ.ο. 3,45, τ.α.

2,75), Εύπιστοι (μ.ο. 2,65, τ.α. 2,42), Απειλούμενοι (μ.ο. 1,99, τ.α. 2,47), Σίγουροι (μ.ο. 3,71, τ.α. 2,49), Αμήχανοι (μ.ο. 2,33, τ.α. 2,49), Ασφαλείς (μ.ο. 3,93, τ.α. 2,51), Αγχωμένοι (μ.ο. 2,41, τ.α. 2,62) και Χαλαροί (μ.ο. 3,84, τ.α. 2,71),

Πίνακας 4. Τα συναισθήματα των ερωτώμενων μετά την συναναστροφή τους με νόμιμους μετανάστες

Συναίσθημα	Συχνότητα	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Νευρικός	86	3,84	2,705
Φιλικός	87	4,66	2,410
Αβέβαιος	83	2,69	2,439
Άνετος	86	4,49	2,579
Προβληματισμένος	86	3,45	2,751
Εύπιστος	86	2,65	2,424
Απειλούμενος	85	1,99	2,466
Σίγουρος	86	3,71	2,468
Αμήχανος	86	2,33	2,490
Ασφαλής	87	3,93	2,509
Αγχωμένος	86	2,41	2,618

Χαλαρός	86	3,84	2,705
---------	----	------	-------



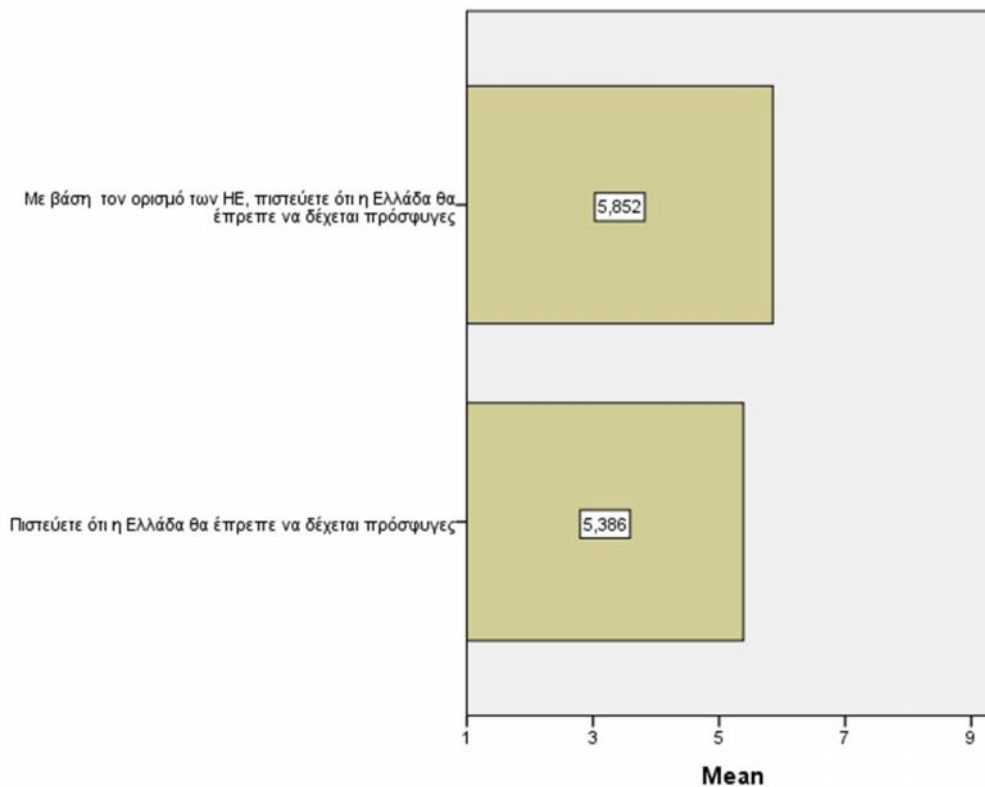
Διάγραμμα 4. Τα συναισθήματα των ερωτώμενων μετά την συναναστροφή τους με νόμιμους μετανάστες

Οι επόμενες τρεις ερωτήσεις του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου αφορούσαν στις απόψεις των ερωτώμενων σχετικά με τον ορισμό του πρόσφυγα. Η πρώτη από αυτές τις ερωτήσεις ήταν ανοικτού τύπου. Τα άτομα που συμπλήρωσαν την ερώτηση αυτή, σε γενικές γραμμές δίνουν έναν ορισμό του πρόσφυγα που είναι πολύ κοντά στον επίσημο ορισμό των Ηνωμένων Εθνών. Η δεύτερη ερώτηση, που αφορούσε στο κατά πόσο τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα θεωρούσαν ότι η Ελλάδα θα έπρεπε να δέχεται πρόσφυγες και η Τρίτη ερώτηση, η οποία είναι ίδια με την προηγούμενη, με την διαφορά ότι παρατίθεται ο αναλυτικός ορισμός των

Ηνωμένων Εθνών για τους πρόσφυγες, έδωσαν αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον πίνακα και το διάγραμμα που ακολουθούν. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, συναντάται μια μάλλον συμφωνία και στις δυο ερωτήσεις αυτές (μ.ο. 5,39, τ.α. 2,65 στην γενική ερώτηση και μ..ο. 5,85, τ.α. 2,68). Αξίζει να σημειωθεί ότι η κλίμακα στην οποία μετρήθηκε η ένταση αποτελούνταν από 9 επίπεδα όπως και προηγουμένως, όπου το επίπεδο 1 αντιπροσωπεύει την απόλυτη διαφωνία με την εκάστοτε πρόταση και το 9 αντιπροσωπεύει την απόλυτη συμφωνία.

Πίνακας 5. Η άποψη των συμμετεχόντων σχετικά με την αποδοχή προσφύγων από την Ελλάδα

Συναίσθημα	Συχνότητα	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Πιστεύετε ότι η Ελλάδα θα έπρεπε να δέχεται πρόσφυγες	88	5,39	2,654
Με βάση τον ορισμό των ΗΕ, πιστεύετε ότι η Ελλάδα θα έπρεπε να δέχεται πρόσφυγες	88	5,85	2,685



Διάγραμμα 5. Η άποψη των συμμετεχόντων σχετικά με την αποδοχή προσφύγων από την Ελλάδα

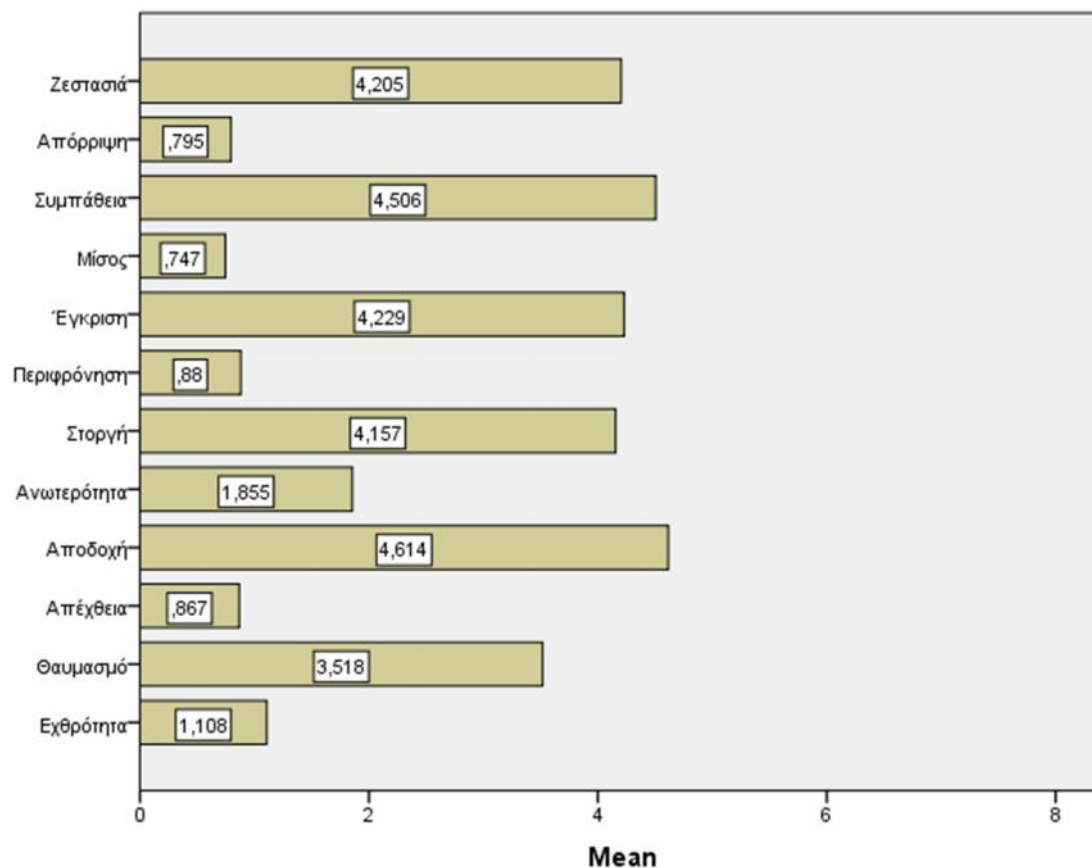
Τέλος, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας που αναφέρονται στην αντιμετώπιση των ερωτώμενων απέναντι στους πρόσφυγες. Αναλυτικότερα, ο επόμενος πίνακας και το διάγραμμα που ακολουθεί, παρουσιάζουν τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση των συναισθημάτων, τα οποία αυτοί νιώθουν για αυτούς. Αξίζει να σημειωθεί ότι η κλίμακα στην οποία μετρήθηκε η ένταση καθενός συναισθήματος αποτελούνταν από 9 επίπεδα, όπου το επίπεδο 0 αντιπροσωπεύει την απουσία του εκάστοτε συναισθήματος και το 8 αντιπροσωπεύει την μεγάλη ένταση του συναισθήματος αυτού.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρατίθενται στην συνέχεια, το πιο έντονο συναίσθημα των ερωτώμενων για τους πρόσφυγες είναι η Αποδοχή (μ.ο. 4,69, τ.α. 2,44), ενώ ακολουθούν η συμπάθεια (μ.ο. 4,56, τ.α. 2,72) και η έγκριση (μ.ο. 3,61, τ.α. 2,75). Επίσης, συναντώνται τα συναισθήματα της Ζεστασιάς (μ.ο. 4,27, τ.α. 2,76) και της Στοργής (μ.ο. 4,24, τ.α. 2,60). Επίσης, σε μικρότερο ποσοστό συναντώνται τα συναισθήματα του Θαυμασμού (μ.ο. 3,52, τ.α. 2,67) και της Ανωτερότητας (μ.ο. 1,89,

τ.α. 2,67), ενώ τα συναισθήματα της απέχθειας (μ.ο. 0,92, τ.α. 1,67), της απόρριψης (μ.ο. 0,79, τ.α. 1,70) και της περιφρόνησης (μ.ο. 0,87, τ.α. 1,80) παρουσιάζουν πολύ μικρή παρουσία, σε αντίθεση με το συναίσθημα της εχθρότητας (μ.ο. 4,27, τ.α. 2,76).

Πίνακας 6. Τα συναισθήματα των ερωτώμενων απέναντι στους νόμιμους μετανάστες

Συναίσθημα	Συχνότητα	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
<i>Εχθρότητα</i>	85	4,27	2,758
<i>Θαυμασμό</i>	85	3,52	2,671
<i>Απέχθεια</i>	86	0,92	1,668
<i>Αποδοχή</i>	87	4,69	2,562
<i>Ανωτερότητα</i>	85	1,89	2,668
<i>Στοργή</i>	85	4,24	2,599
<i>Περιφρόνηση</i>	85	,87	1,798
<i>Έγκριση</i>	84	4,26	2,769
<i>Μίσος</i>	85	0,74	1,747
<i>Συμπάθεια</i>	86	4,56	2,721
<i>Απόρριψη</i>	85	0,79	1,698
<i>Ζεστασιά</i>	85	4,27	2,758



Διάγραμμα 6. Τα συναισθήματα των ερωτώμενων απέναντι στους νόμιμους μετανάστες

4.2. Δημογραφικά και άλλα γενικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα στοιχεία σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των 89 συμμετεχόντων στην έρευνα. Από το σύνολο των ερωτηθέντων προέκυψε συμμετοχή 59,1% (v= 52) γυναικών και 40,9% (v= 36) αντρών. Όσον αφορά την ηλικιακή κατανομή του δείγματος προέκυψε ότι το 19,1% (v= 17) ήταν ηλικίας 25 έως 35 ετών, το 37,1% (v= 33) ήταν ηλικίας 35 έως 45 ετών και το 37,1% (v= 33) ήταν ηλικίας άνω των 45 ετών. Μικρότερη συμμετοχή παρατηρήθηκε από συμμετέχοντες ηλικίας έως 25 ετών (v= 5, 5,7%). Από το σύνολο

των ερωτηθέντων, το 52,3% (v=46) ήταν νοσηλευτές, το 33% (v=29) ήταν ιατροί και το υπόλοιπο 14,7% (v=13) ανήκαν σε άλλες ειδικότητες. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, το 38,4% του δείγματος (v=33) ήταν Τ.Ε., το 4,7% του δείγματος (v= 4) ήταν Υ.Ε., το 19,8% του δείγματος (v=17) ήταν Δ.Ε., το 24,4% του δείγματος (v=33) ήταν Π.Ε., ενώ μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο κατείχε το 12,8% του δείγματος (v= 11). Επιπλέον, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν έγγαμοι (v= 56, 62,9%) ενώ το 27% (v= 24) ήταν άγαμοι. Επιπρόσθετα, το 35,7% (v= 30) των ερωτηθέντων είχε προϋπηρεσία από 10 έως 20 έτη, το 16,7% είχε προϋπηρεσία έως 5 έτη (v=14) και το 17,9% (v= 15) είχε προϋπηρεσία μεγαλύτερη από 20 έτη. Τέλος, όλα τα άτομα που απάντησαν στην ερώτηση αυτή είχαν τα ελληνικά ως κύρια γλώσσα (v=87). Εξάλλου, σε μια κλίμακα από το 1 που εκφράζει τις φιλελεύθερες πεποιθήσεις και το 10 τις συντηρητικές πεποιθήσεις, το 23,5% του δείγματος (v=20) τοποθετεί τον εαυτό του στο 5, το 22,4% του δείγματος (v=19) τοποθετεί τον εαυτό του στο 1 και το 5,9% του δείγματος στο 9 (v= 5). Σχετικά με το πολιτικό κόμμα που στηρίζουν, το 82,7% του δείγματος (v= 70) δεν επιλέγει κανένα από τις επιλογές που τέθηκαν. Αναφορικά με την συχνότητα που το οι ερωτώμενοι παρακολουθούν τα νέα, η οποία εκφράστηκε σε μια κλίμακα από το 1 που συμβολίζει το «Ποτέ» και το 9 που συμβολίζει το «πολύ συχνά», το 17,4% του δείγματος επιλέγει το 7 (v= 15), το 15,1% του δείγματος επιλέγει το 5 (v= 13) και το 12,8% του δείγματος επιλέγει το 2 (v=11). Ως προς τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος δηλώνει Χριστιανός Ορθόδοξος (79,5%, v= 66), όταν άθεοι δηλώνουν 10 συμμετέχοντες (12% του δείγματος) και αγνωστικιστές, 5 συμμετέχοντες (6% του δείγματος). Σχετικά με το αν θεωρούν τον εαυτό τους ως θρησκευόμενο άτομο, το 40,7% του δείγματος απαντά «αρκετά» (v=35) και το 22,1% (v=19), «πολύ» και «πάρα πολύ». Τέλος, το 70,9% του δείγματος (v 61) έχει παιδιά και το 19,5% (v=17) δηλώνει οικογενειακό εισόδημα μεταξύ 10 και 15 χιλιάδων ευρώ, το 33,3% (v=29) δηλώνει οικογενειακό εισόδημα μεταξύ 15 και 25 χιλιάδων ευρώ και το 27,6% (v=24) δηλώνει οικογενειακό εισόδημα μεταξύ 25 και 35 χιλιάδων ευρώ. Εξάλλου, το 32,9% του δείγματος (v=28) απασχολείται στο γενικό νοσοκομείο Πτολεμαΐδας, και το 56,5% του δείγματος (v=48) απασχολείται στο γενικό νοσοκομείο Φλώρινας. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 7. Δημογραφικά και άλλα γενικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα

<i>Μεταβλητή</i>	<i>Επιλογές</i>	<i>Συχνότητες</i>	<i>Σχετικές Συχνότητες</i>
Ποια είναι η ηλικία σας;	18-25	5	5,7
	25-35	17	19,3
	35-45	33	37,5
	>45	33	37,5
Ποιο είναι το φύλο σας	Ανδρας	36	40,9
	Γυναίκα	52	59,1
Επάγγελμα	Γιατρός	29	33,0
	Νοσηλεύτης	46	52,3
	Παραϊατρικό προσωπικό	8	9,1
	Τεχνικό προσωπικό	1	1,1
	Άλλο	4	4,5
Επίπεδο εκπαίδευσης	Υ.Ε.	4	4,7
	Δ.Ε.	17	19,8

	T.E.	33	38,4
	Π.Ε.	21	24,4
	M.Sc.	7	8,1
	Ph.D.	4	4,7
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος-η	24	27,6
	Έγγαμος/η	56	64,4
	Σε διάσταση	2	2,3
	Διαζευγμένος-η	5	5,7
Πόσα χρόνια δουλεύετε στο Ε.Σ.Υ.;	1-5	25	29,8
	5-10	14	16,7
	10-20	30	35,7
	>20	15	17,9
Είναι τα ελληνικά η κύρια γλώσσας;	Ναι	87	100,0
	Όχι	0	0
Πως θα χαρακτηρίζατε τις πολιτικές σας	1= Φιλελεύθερος	19	22,4
	2	5	5,9

πεποιθήσεις;	3	10	11,8
	4	7	8,2
	5	20	23,5
	6	11	12,9
	7	4	4,7
	8	4	4,7
	9= Συντηρητικός	5	5,9
Ποιο πολιτικό κόμμα σας χαρακτηρίζει	ΣΥ.ΡΙΖ.Α	3	3,5
	Ν.Δ.	9	10,6
	Κ.Κ.Ε	3	3,5
	Άλλο / Κανένα	70	82,4
Πόσο συχνά διαβάζετε, ακούτε ή παρακολουθείτε στην τηλεόραση τα νέα;	1= Ποτέ	4	4,7
	2	11	12,8
	3	9	10,5
	4	10	11,6
	5	13	15,1

	6	8	9,3
	7	15	17,4
	8	7	8,1
	9= Πολύ συχνά	9	10,5
Παρακαλώ υποδείξτε ποιο από τα παρακάτω ταιριάζει περισσότερο στις θρησκευτικές σας πεποιθήσεις;	Αγνωστικιστής	5	6,0
	Άθεος	10	12,0
	Χριστιανός (Ορθόδοξος)	66	79,5
	Χριστιανός (Άλλο)	1	1,2
	Άλλο	1	1,2
Θεωρείτε τον εαυτό σας θρησκευόμενο άτομο;	Πάρα πολύ	7	8,1
	Πολύ	12	14,0
	Αρκετά	35	40,7
	Λίγο	18	20,9
	Καθόλου	14	16,3
Έχετε παιδιά	Ναι	61	70,9

	Όχι	25	29,1
Αν ναι πόσα παιδιά;	1	7	17,5
	2	20	50,0
	3	10	25,0
	4	3	7,5
Ποιο είναι το γενικό εισόδημα του συνόλου της οικογένειάς σας;	Μικρότερο από €10.000	4	4,6
	€10.000-€15.000	17	19,5
	€15.000-€25.000	29	33,3
	€25.000-€35.000	24	27,6
	€35.000-€45.000	9	10,3
	Μεγαλύτερο από €45.000	4	4,6
Για τους συγκριτικούς σκοπούς της έρευνας, παρακαλώ σημειώστε τον φορέα εργασίας σας.	ΓΝ Πτολεμαΐδας «ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ»	28	32,9
	ΓΝ Φλώρινας	48	56,5
	ΓΝ Κοζάνης	9	10,6

4.3. Η επίδραση των δημογραφικών και των υπόλοιπων γενικών παραγόντων στις απόψεις του δείγματος για τους πρόσφυγες και τους νόμιμους μετανάστες

4.3.1. Η επίδραση του φύλου

Η πρώτη στατιστικά σημαντική διαφορά προέκυψε από τον έλεγχο Mann-Whitney ως προς το φύλο και τα αναλυτικά της αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου, οι άντρες συμφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τις γυναίκες του δείγματος με την πρόταση, σύμφωνα με την οποία οι νόμιμοι μετανάστες θα έπρεπε να δικαιούνται την ίδια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη όπως οι γηγενείς, όπως και με την άποψη ότι οι αξίες και τα πιστεύω των νόμιμων μεταναστών που αφορούν την εργασία είναι κατ' ουσίαν παρόμοιες με των γηγενών, ενώ, από την άλλη πλευρά, θεωρούν σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με τις γυναίκες του δείγματος ότι η εισροή νόμιμων μεταναστών υπονομεύει την κουλτούρα των Ελλήνων. Τέλος, νιώθουν περισσότερο σίγουροι από τις γυναίκες του δείγματος μετά την αλληλεπίδρασή τους με νόμιμους μετανάστες.

Πίνακας 8. Τα αποτελέσματα του ελέγχου Mann-Whitney σχετικά με την επίδραση του φύλου στον τρόπο διαμόρφωσης των απόψεων των ερωτώμενων σχετικά με τους νόμιμους μετανάστες και τους πρόσφυγες

Μεταβλητή	Κατηγορίες	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	p- value
Οι νόμιμοι	Άντρες	8,08	1,811	0,033

<i>μετανάστες θα έπρεπε να δικαιούνται την ίδια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη όπως οι γηγενείς</i>	Γυναίκες	6,96	2,744	
<i>Η εισροή νόμιμων μεταναστών υπονομεύει την κουλτούρα των Ελλήνων</i>	Άντρες	3,61	2,676	0,025
	Γυναίκες	5,06	3,159	
<i>Οι αξίες και τα πιστεύω των νόμιμων μεταναστών που αφορούν την εργασία είναι κατ' ουσίαν παρόμοιες με των γηγενών</i>	Άντρες	5,56	2,513	0,015
	Γυναίκες	4,10	2,788	
<i>Σίγουρος μετά την αλληλεπίδραση με νόμιμους μετανάστες</i>	Άντρες	4,39	2,522	0,033
	Γυναίκες	3,22	2,332	

4.3.2. Η επίδραση των παιδιών

Η δεύτερη στατιστικά σημαντική διαφορά προέκυψε από τον έλεγχο Mann-Whitney ως προς το αν οι ερωτώμενοι έχουν ή όχι παιδιά και τα αναλυτικά της αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου, τα άτομα που έχουν παιδιά συμφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα άτομα του δείγματος που δεν έχουν παιδιά με την πρόταση, σύμφωνα με την οποία οι νόμιμοι μετανάστες έχουν αυξήσει το βάρος της φορολογίας των γηγενών, ενώ οι τελευταίοι συμφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους πρώτους με την άποψη ότι οι νόμιμοι μετανάστες θα έπρεπε να δικαιούνται την ίδια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη όπως οι γηγενείς

Πίνακας 9. Τα αποτελέσματα του ελέγχου Mann-Whitney σχετικά με την επίδραση της ύπαρξης παιδιών στον τρόπο διαμόρφωσης των απόψεων των ερωτώμενων σχετικά με τους νόμιμους μετανάστες και τους πρόσφυγες

Μεταβλητή	Κατηγορίες	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	p- value
<i>Οι νόμιμοι μετανάστες θα έπρεπε να δικαιούνται την ίδια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη όπως οι γηγενείς</i>	Με παιδιά	6,93	2,620	0,000
	Χωρίς παιδιά	8,48	1,661	
<i>Οι νόμιμοι μετανάστες έχουν αυξήσει το βάρος της φορολογίας των</i>	Με παιδιά	4,74	2,822	0,042
	Χωρίς παιδιά	3,44	3,056	

γηγενών				
---------	--	--	--	--

4.3.3. Η επίδραση της ηλικίας

Η τρίτη στατιστικά σημαντική διαφορά προέκυψε από τον έλεγχο Kruskal Wallis ως προς την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν οι ερωτώμενοι και τα αναλυτικά της αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου, τα άτομα ηλικίας 18-25 ετών συμφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό με την πρόταση, σύμφωνα με την οποία οι νόμιμοι μετανάστες δικαιούνται επιδοτούμενη κατοικία ή επιδοτούμενα προϊόντα κοινωνικής ωφέλειας(νερό, ηλεκτρική ενέργεια) όπως οι φτωχοί γηγενείς, σε αντίθεση με τα άτομα ηλικίας 35-45 ετών.

Πίνακας 10. Τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal Wallis σχετικά με την επίδραση της ηλικίας στον τρόπο διαμόρφωσης των απόψεων των ερωτώμενων σχετικά με τους νόμιμους μετανάστες και τους πρόσφυγες

Μεταβλητή	Κατηγορίες	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	p- value
<i>Ποια είναι η ηλικία σας;</i>	18-25	7,60	1,673	0,000
	25-35	4,00	3,021	
	35-45	3,42	3,072	
	>45	6,12	2,631	

4.3.4. Η επίδραση του επαγγέλματος

Η τέταρτη στατιστικά σημαντική διαφορά προέκυψε από τον έλεγχο Kruskal Wallis ως προς το επάγγελμα των ερωτώμενων και τα αναλυτικά της αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί. Αξίζει να σημειωθεί ότι προκειμένου να αποκτήσει περισσότερη δύναμη ο συγκεκριμένος έλεγχος, αποφασίστηκε να ενοποιηθούν όλες οι κατηγορίες των επαγγελμάτων, πλην των ιατρών και των νοσηλευτών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου, οι γιατροί του δείγματος εμφανίζονται με λιγότερο έντονα συναισθήματα αβεβαιότητας και προβληματισμού σε σχέση με τους υπόλοιπους επαγγελματίες των μονάδων υγείας, ενώ, από την αντίθετη πλευρά, νιώθουν περισσότερο εύπιστοι, ασφαλείς και με αισθήματα συμπάθειας προς τους νόμιμους μετανάστες, σε σχέση με το υπόλοιπο προσωπικό των νοσοκομείων. Επιπλέον, οι τελευταίοι συμφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους γιατρούς του δείγματος με την πρόταση, σύμφωνα με την οποία η εισροή νόμιμων μεταναστών υπονομεύει την κουλτούρα των Ελλήνων. Εξάλλου, οι γιατροί του δείγματος νιώθουν πιο έντονα αισθήματα άνεσης, σιγουριάς και αποδοχής απέναντι στους νόμιμους μετανάστες, σε σχέση με τους νοσηλευτές του δείγματος, ενώ, επιπλέον, συμφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους νοσηλευτές με την άποψη, σύμφωνα με την οποία, οι νόμιμοι μετανάστες θα έπρεπε να δικαιούνται την ίδια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη όπως οι γηγενείς και με την άποψη, σύμφωνα με την οποία, η ποιότητα των κοινωνικών παροχών των γηγενών έχει παραμείνει ίδια παρά την εισροή νόμιμων μεταναστών

Πίνακας 11. Τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal Wallis σχετικά με την επίδραση του επαγγέλματος στον τρόπο διαμόρφωσης των απόψεων των ερωτώμενων σχετικά με τους νόμιμους μετανάστες και τους πρόσφυγες

Μεταβλητή	Κατηγορίες	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	p- value
<i>Αβέβαιος</i>	Ιατρός	2,00	1,922	0,015
	Νοσηλευτής	2,58	2,363	
	Άλλο	4,46	2,933	
<i>Άνετος</i>	Ιατρός	5,34	2,334	0,003
	Νοσηλευτής	3,82	2,644	
	Άλλο	4,85	2,410	
<i>Προβληματισμένος</i>	Ιατρός	2,38	2,411	0,003
	Νοσηλευτής	3,52	2,628	
	Άλλο	5,62	2,725	
<i>Εύπιστος</i>	Ιατρός	3,62	2,352	0,016
	Νοσηλευτής	2,48	2,397	
	Άλλο	1,08	1,754	

<i>Σίγουρος</i>	Ιατρός	4,69	2,316	0,031
	Νοσηλεύτης	2,98	2,298	
	Άλλο	4,00	2,708	
<i>Ασφαλής</i>	Ιατρός	5,10	2,335	0,029
	Νοσηλεύτης	3,49	2,501	
	Άλλο	2,85	2,035	
<i>Η εισροή νόμιμων μεταναστών υπονομεύει την κουλτούρα των Ελλήνων</i>	Ιατρός	3,55	2,910	0,000
	Νοσηλεύτης	5,33	2,989	
	Άλλο	3,46	2,787	
<i>Συμπάθεια</i>	Ιατρός	5,55	2,599	0,040
	Νοσηλεύτης	4,07	2,609	
	Άλλο	4,00	2,944	
<i>Οι νόμιμοι μετανάστες θα έπρεπε να δικαιούνται την ίδια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη όπως οι</i>	Ιατρός	8,38	1,399	0,002
	Νοσηλεύτης	6,72	2,810	
	Άλλο	7,77	2,315	

<i>γηγενείς</i>				
<i>Η ποιότητα των κοινωνικών παροχών των γηγενών έχει παραμείνει ίδια παρά την εισροή νόμιμων μεταναστών</i>	Ιατρός	7,04	2,261	0,003
	Νοσηλεύτης	4,98	2,801	
	Άλλο	6,92	1,935	
<i>Αποδοχή</i>	Ιατρός	5,79	1,978	0,020
	Νοσηλεύτης	4,03	2,496	
	Άλλο	5,36	2,461	

Συμπεράσματα και Προτάσεις

Αναφορικά με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, το οποίο διερευνούσε τις αντιλήψεις του προσωπικού παροχής υπηρεσιών υγείας απέναντι στους πρόσφυγες και τους νόμιμους μετανάστες, αρχικά, θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι αντιλήψεις φαίνεται να ταυτίζονται ανάμεσα στις δυο αυτές κατηγορίες. Αναλυτικότερα, τόσο σε σχέση με την αντιμετώπιση του δείγματος απέναντι στους μετανάστες, όσο και απέναντι στους πρόσφυγες, παρατηρείται με μέτρια ένταση το συναίσθημα της αποδοχής και της συμπάθειας. Τα συναισθήματα της ζεστασιάς και της στοργής είναι ηπιότερα, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι τα αρνητικά συναισθήματα της εχθρότητας, της απέχθειας και της απόρριψης είναι σχεδόν μηδαμινά.

Αναφορικά με το πώς οι εργαζόμενοι στον χώρο της υγείας διάκεινται απέναντι στις ξένες παραδόσεις, συνήθειες, ήθη και έθιμα και γενικότερα στη διαφορετική κουλτούρα της οποίας είναι φορείς οι νόμιμοι μετανάστες και οι πρόσφυγες, θα πρέπει να σημειωθεί ότι σε μέτρια ένταση, τόσο απέναντι στους πρόσφυγες, όσο και απέναντι στους μετανάστες, οι ερωτώμενοι νιώθουν σχετικά φιλικοί και άνετοι. Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστούν και τα συναισθήματα νευρικότητας, αβεβαιότητας και προβληματισμού που διακρίνουν αρκετούς συμμετέχοντες στην έρευνα. Ωστόσο, τα ποσοστά των ατόμων που νιώθουν απειλούμενοι ή αγχωμένοι από την παρουσία των προσφύγων και των μεταναστών είναι ιδιαίτερα χαμηλά.

Τέλος, σχετικά με τον επηρεασμό των δημογραφικών και των ιδεολογικών παραγόντων, στον τρόπο καθορισμού των απόψεων και των στάσεων του προσωπικού παροχής υπηρεσιών υγείας απέναντι στους πρόσφυγες και τους νόμιμους μετανάστες, θα πρέπει αρχικά να σημειωθεί ότι δεν φάνηκε να επηρεάζονται αυτές από τους ιδεολογικούς παράγοντες. Αντίθετα, τόσο το φύλο και η ηλικία και κυρίως το επάγγελμα και το κατά πόσο τα άτομα του δείγματος έχουν παιδιά, φάνηκε να παίζουν ρόλο στον καθορισμό των απόψεων. Ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνει στο επάγγελμα των γιατρών, καθώς αυτοί φάνηκαν να είναι φορείς περισσότερο φιλελεύθερων απόψεων σε σχέση με τους νοσηλευτές και τα άλλα επαγγέλματα του χώρου της υγείας, σύμφωνα με τις απόψεις τους, οι πρόσφυγες και οι μετανάστες θα

πρέπει να θεωρούνται ως άτομα που χρειάζονται φροντίδα, ενώ δεν τους προκαλούν αρνητικά συναισθήματα, στο βαθμό που αυτό συμβαίνει στα υπόλοιπα επαγγέλματα. Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι τόσο οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες, όσο και τα άτομα που είχαν παιδιά σε σχέση με αυτά που δεν είχαν, εμφάνισαν περισσότερο συντηρητικές απόψεις.

Σε γενικές γραμμές, θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι απόψεις που διαπιστώθηκαν ως αποτέλεσμα της πραγματοποιηθείσας έρευνας δείχνουν τον ικανοποιητικό βαθμό στον οποίο οι εργαζόμενοι στον χώρο της υγείας και ειδικότερα οι ιατροί των νοσοκομείων της Δυτικής Ελλάδας διέπονται από θετικά ή ουδέτερα συναισθήματα απέναντι στους νόμιμους μετανάστες και τους πρόσφυγες. Στην διεθνή βιβλιογραφία είναι δυνατόν να εντοπίσει κανείς από την άλλη πλευρά, περιπτώσεις κακομεταχείρισης απέναντι σε μετανάστες από το ιατρικό προσωπικό. Για παράδειγμα, αξίζει να γίνει αναφορά στην έρευνα των Chen et al. (2015), σύμφωνα με την οποία αρκετοί μετανάστες κατήγγειλαν ρατσιστική συμπεριφορά ιατρών προς το πρόσωπό τους, όπως για παράδειγμα η επιδεικτική χρήση δυο ή τριών ζευγαριών γαντιών για την πραγματοποίηση μιας εξέτασης. Επιπλέον, στην έρευνα των Spike et al. (2011) σημειώθηκε δυσκολία των μεταναστών να εντοπίσουν γιατρό που να είναι πρόθυμος να τους εξετάσει. Ωστόσο, ως σημαντικότερο πρόβλημα που δυσχεράνει την επικοινωνία και την αλληλεπίδραση των μεταναστών και των προσφύγων με το προσωπικό που είναι υπεύθυνο για την παροχή υπηρεσιών υγείας παραμένουν τα προβλήματα που δημιουργούνται από το διαφορετικό πολιτιστικό επίπεδο. Είναι χαρακτηριστικά τα προβλήματα που αναφέρονται στην έρευνα των Fang et al. (2015), που έχουν να κάνουν με την γλώσσα. Επιπλέον, είναι χαρακτηριστική η σημασία που δίνουν οι Herrel et al. (2004) στην κατανόηση της πολιτιστικής κληρονομιάς των Σομαλών προσφύγων, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση τους από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, η οποία προϋποθέτει την αποδοχή τους από αυτούς ως ισότιμα μέλη της κοινωνίας των ανθρώπων.

Παρά τη γενική κατανόηση των προκλήσεων στο πλαίσιο του ιατρικού εργατικού δυναμικού ειδικότερα, αλλά και γενικά, των εργαζομένων στο χώρο της υγείας, πρέπει να γίνουν πολλά βήματα για να αντιμετωπιστούν επαρκώς οι προκλήσεις που σχετίζονται με την ανθρωπιστική κρίση και την έκρηξη των προσφυγικών και μεταναστευτικών ροών στην Ελλάδα, τα τελευταία κυρίως χρόνια.

Μια στρατηγική για την βελτίωση των απόψεων των εργαζομένων στον χώρο της υγείας θα πρέπει να στοχεύει στην αύξηση της ικανότητας διαχείρισης των πολιτισμικών διαφορών των νόμιμων μεταναστών και των προσφύγων, εκ μέρους του εργατικού δυναμικού. Η παράμετρος αυτή αποτελεί έναν βασικό παράγοντα και η αναπροσαρμογή της οργάνωσης και των συστημάτων στη νέα στρατηγική είναι πρωταρχικής σημασίας. Αν και μια διεξοδικότερη έρευνα μπορεί να είναι επωφελής, η συμφωνία των ευρημάτων της παρούσας έρευνας με άλλες παρόμοιες υποδηλώνει παγκόσμιες ανάγκες και προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Η ικανότητα διαχείρισης των πολιτισμικών διαφορών, η ανάπτυξη γλωσσικών υπηρεσιών, η δημιουργία ενός βελτιωμένου οργανωτικού συστήματος και μια γενικευμένη προσπάθεια τόνωσης και βελτίωσης της ενσυναίσθησης συνολικά του πληθυσμού, μαζί με την κατανόηση των κοινωνικών θεμάτων που προέρχονται από τις προκαταλήψεις και τον ρατσισμό, αποτελούν απαραίτητους πυλώνες του σχεδίου ένταξης των μεταναστών και των προσφύγων στην ευρωπαϊκή πραγματικότητα. Μόνο όταν τα ζητήματα αυτά αντιμετωπιστούν σε όλα τα επίπεδα στο πλαίσιο του συνολικού πολιτικού και κοινωνικού συστήματος και της κουλτούρας της υγειονομικής περίθαλψης, η υποδοχή αυτών των μειονεκτούντων ατόμων θα είναι σε επαρκή επίπεδα που θα καλύπτουν επαρκώς τα σύγχρονα δεοντολογικά πρότυπα.

Βιβλιογραφία

Anderson, M., Scrimshaw, C., Fullilove, T., Fielding, E., Normand, J. (2003). Culturally competent healthcare systems. *American Journal of Preventive Medicine*. 24(3):68–79.

Appadurai, A. (1996). *Modernity at large: cultural dimensions of globalization*. London: University of Minnesota Press Editions.

Argeseanu, A., Cunningham, S., Ruben, D., Narayan, M. (2008). Health of foreign-born people in the United States: A review. *Health Place*. 14(4):623-635.

Boston Public Health Commission. (2013). What is health equity. Available at: www.bphc.org/whatwedo/health-equity-social-justice/wha-is-healthequity/Pages/what-is-health-equity.aspx. [19/8/2018].

Boyer, B. (2002). The Implementation of Refugee Health Policies and Services in Virginia's Local Health Districts. Available at: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.511.2779&rep=rep1&type=pdf>. [15/8/2018].

Braveman, P., Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiol Community Health*. 57:254–258.

Carballo, M., Divino, J., Zeric, D. (1998). Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine and International Health*. 3(12):936–944.

Carballo, M., Nerukar, A. (2001). Migration, refugees, and health risks. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631841/>. [23/8/2018].

Chen, B., Li, T., Fung, P., Wong, P. (2015). Improving access to mental health services for racialized immigrants, refugees, and non-status people living with HIV/AIDS. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 26(2): 505–518.

Cross, L., Bazron, J., Dennis, K., Isaacs, R. (1989). *Towards a Culturally Competent System of Care*. Washington DC, USA: Georgetown University Child Development Centre.

CSDH. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=EBDF44E177C6533413E96B275A680551?sequence=1. [23/8/2018].

Eckstein, B. (2011). Primary care for refugees. *American Family Physician*. 83(4): 429- 436.

Edward, J., Hines-Martin, V. (2014). Exploring the providers perspective of health and social service availability for immigrants and refugees in a southern urban community. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 17(4): 21-38.

Fang, L., Sixsmith, J., Lawthom, R., Mountian, I., Shahrin, A. (2015). Experiencing “pathologized presence and normalized absence”; understanding health related experiences and access to health care among Iraqi and Somali asylum seekers, refugees and persons without legal status. Available at: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2279-z>. [24/8/2018].

Fennelly, K. (2006). Listening to the experts: provider recommendations on the health needs of immigrants and refugees. *Journal of Cultural Diversity*. 13(4):190-201.

Gordenker, L. (1987). *Refugees in International Politics*. New York, USA: Columbia University Press.

Grove, J., Zwi, B. (2006). Our health and theirs: Forced migration, othering, and public health. *Social Science & Medicine*. 62:1931–1942.

Herrel, N., Olevitch, L., DuBois, K., Terry, P., Thorp, D., Kind, E., Said, A. (2004). Somali refugee women speak out about their needs for care during pregnancy and delivery. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 49(4): 345–349.

Horvat, L., Horey, D., Romios, P., Kis-Rigo, J. (2014). Cultural competence education for health professionals. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24793445>. [14/8/2018].

Kamath, C., O'Fallon, M., Offord, P., Yawn, P., Bowen, M. (2003). Provider satisfaction in clinical encounters with ethnic immigrant patients. *Mayo Clinic Proceedings*. 78(11):1353-1360.

Lazar, N., Johnson-Agbakwu, E., Davis, I., Shipp, P. (2013). Providers' perceptions of challenges in obstetrical care for somali women. *Obstetrics and Gynecology International*. 12:1-12.

Lunn, M. (2014). The Social Determinants of Refugee Health: An Integrated Perspective. Available at: https://etd.library.vanderbilt.edu/available/etd-07172014-213543/unrestricted/Lunn_Dissertation_FINAL.pdf. [21/8/2018].

Maciver, D. (2004). *Political issues in the world today*. Manchester: Manchester University Press.

McFarlane, A., Kaplan, I., Lawrence, J. A. (2011). Psychosocial Indicators of Wellbeing for Resettled Refugee Children and Youth: Conceptual and Developmental Directions. *Child Indicators Research*. 4(4):647–677.

McMurray, J., Breward, K., Breward, M., Alder, R., Arya, N. (2014). Integrated primary care improves access to healthcare for newly arrived refugees in Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 16(4):576-585.

Nazzal, H., Forghany, M., Geevarughese, C., Mahmoodi, V., Wong, J. (2014). An innovative community-oriented approach to prevention and early intervention with refugees in the United States. *Psychological Services*. 11(4):477-485.

Pavlish, L., Noor, S., Brandt, J. (2010). Somali immigrant women and the American health care system: discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries. *Social Science & Medicine*. 71(2):353-361.

Perreira, K., Ornelas, I. (2011). The physical and psychological well-being of immigrant children. *The Future of Children*. 21(1):195-218.

Pumariega, A., Rothe, E., Mian, A. (2013). Practice parameter for cultural competence in child and adolescent psychiatric practice. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 52(10): 1101- 1115.

Ray, A. (2010). *Transcultural Caring Dynamics in Nursing and Health Care*. Philadelphia, USA: F.A. Davis Company.

Robinson, I. (2007). Theories of globalization. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9780470691939.ch6>. [20/8/2018].

Rutinwa, B. (1999). New issues in refugee research. Available at: <http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/4ff3f8812.pdf>. [18/8/2018].

Segar, R., Segar, N. (2011). Barriers to health care access among refugee asylum seekers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 22:506-522.

Shishehgar, S., Gholizadeh, L., Di Giacomo, M., Davidson, M. (2015). The impact of migration on the health status of Iranians: an integrative literature review. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26275716>. [25/8/2018].

Spike, E., Smith, M., Harris, M. (2011). Access to primary health care services by community-based asylum seekers. *The Medical Journal of Australia*. 195(4): 188–191.

Steger, B. (2013). *Globalization: A very short introduction*. Oxford: Oxford University Press.

UNHCR. (2015). Statistical Yearbook 2014. Available at: <http://www.unhcr.org/statistics/country/566584fc9/unhcr-statistical-yearbook-2014-14th-edition.html>. [17/8/2018].

Wilkinson, R., Marmot, M. (2003). *Social Determinants of Health. The Solid Facts*. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf. [22/8/2018].