

Πρόγραμμα Σπουδών «Αντιμετώπιση των Εξαρτήσεων –
Εξαρτησιολογία»

Ιατρική Σχολή

ΕΚΠΑ

**Μελέτη εκτίμησης επιπολασμού και περιγραφής
παραγόντων κινδύνου χρήσης ουσιών σε
δείγμα προσφύγων στην περιοχή των Αθηνών**

Γαλανόπουλος Λάζαρος

Αθήνα 2019

Η εργασία αυτή αποτελεί διπλωματική εργασία στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Αντιμετώπιση Εξαρτήσεων – Εξαρτησιολογία» της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών υπό την εποπτεία της κα Μαλλιώρα, Καθηγήτριας Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Τα μέλη της τριμελούς επιτροπής είναι:

α) Ο κ. Δημήτριος Παρασκευής, Αναπληρωτής Καθηγητής Επιδημιολογίας και Προληπτικής Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, τον οποίον και ευχαριστώ ιδιαίτερα.

β) Η κα Μινέρβα Μελπομένη Μαλλιώρα, Καθηγήτρια Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

γ) Η κα Μαρίνα Οικονόμου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής – Κοινωνικής Ψυχιατρικής στην Α΄ Ψυχιατρική κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Η φιλολογική επιμέλεια έγινε από την κα Βουβαλίκη Ευγενία, φιλόλογο κλασικής φιλολογίας, απόφοιτο του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, με ειδίκευση στη Μεσαιωνική και Νεοελληνική Φιλολογία.

Ευελπιστώ η εργασία αυτή να προσφέρει στην αποτελεσματική και ολιστική αντιμετώπιση της χρήσης ουσιών από τους πρόσφυγες που ζητούν φιλοξενία στη χώρα μας.

Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η εκτίμηση του επιπολασμού της χρήσης/κατάχρησης (misuse) ναρκωτικών ουσιών καθώς και η εκτίμηση των παραγόντων που πιθανόν σχετίζονται με τη χρήση αυτή σε δείγμα προσφύγων (σύμφωνα με τον ορισμό του πρόσφυγα της Ύπατης Αρμοστείας για τους Πρόσφυγες του ΟΗΕ) στην περιοχή του Δήμου Αθηνών.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Πρόκειται για περιγραφική μελέτη παρατήρησης με πρώτιστο σκοπό την εκτίμηση του επιπολασμού χρήσης/κατάχρησης ουσιών και δευτερογενώς την περιγραφή των σημαντικότερων παραγόντων κινδύνου που σχετίζονταν με αυτήν σε δείγμα προσφύγων στην Αθήνα. Η συλλογή των δεδομένων έγινε μεταξύ 17/5/2018 και 12/12/2018.

Εισαγωγή: Η μετανάστευση αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία. Οι πρόσφυγες αναγκάζονται να επαναπροσδιορίσουν αξίες, στάσεις ζωής και συμπεριφορές με κίνδυνο απώλειας εν μέρει της κοινωνικής και πολιτιστικής ταυτότητάς τους, προκειμένου να προσαρμοστούν στις κοινωνικές επιταγές της χώρας διαμονής. Ως συνέπεια, αναπτύσσεται έντονο άγχος, συναισθήματα μοναξιάς, θλίψης, έλλειψης στοργής και συναισθηματικής στήριξης, που πιθανόν να οδηγήσουν στη χρήση ουσιών ως τρόπο αντιμετώπισής τους.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν τα ερωτηματολόγια που απαντήθηκαν επαρκώς 62 προσφύγων (από τη Συρία, το Ιράν, το Ιράκ ή το Αφγανιστάν), ηλικίας 19 – 55 ετών, που φιλοξενούνται στο Πρόγραμμα Στέγασης Προσφύγων του Δήμου Αθηναίων το οποίο βρίσκεται υπό την εποπτεία της Ύπατης Αρμοστείας για τους Πρόσφυγες του ΟΗΕ (ΥΑΠΟΗΕ). Τα ερωτηματολόγια δημιουργήθηκαν βάσει της πληροφορίας από τη μελέτη της βιβλιογραφίας και της προσωπικής εργασιακής εμπειρίας του συγγραφέα λόγω της ενασχόλησης στο Πρόγραμμα αυτό από τις 11/1/2017. Η βαρύτητα των προβλημάτων που απορρέουν από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών εκτιμήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου DAST-10 [Drug Abuse Screening Test-10, Skinner, H. A. (1982)].

Αποτελέσματα: Χρήση ουσιών αναφέρθηκε από 5 πρόσφυγες (8,06%, 2 Σύριους, οι 2 Αφγανούς και έναν Ιρακινό), ηλικίας 21-29 ετών, όλοι άρρενες και άγαμοι. Οι 3 ανέφεραν τη χρήση κάνναβης, ο ένας ηρωίνης, ενώ υπήρξε και ένας πολυτοξικομανής που ανέφερε χρήση ψυχεδελικών ουσιών, ψυχοτρόπων φαρμάκων και άλλων που δεν προσδιόρισε. Δύο από τους τρεις χρήστες κάνναβης, κάπνιζαν κάνναβη και στη χώρα καταγωγής, ενώ ο τρίτος άρχισε τη χρήση στην Ελλάδα. Ο χρήστης ηρωίνης έκανε χρήση οπίου στη χώρα του ενώ ο πολυτοξικομανής ψυχοτρόπα φάρμακα, όπιο και εισπνεόμενα. Σχετικά με τη βαρύτητα των προβλημάτων που απορρέουν από τη χρήση σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο Dast -10, σε έναν πρόσφυγα αυτή ήταν μηδαμινή (κάνναβη), σε δύο χαμηλή (κάνναβη), σε έναν μέτρια (ηρωίνη) και σε άλλον έναν σημαντική (ψυχεδελικές ουσίες, ψυχοτρόπα φάρμακα και άλλα ναρκωτικά). Οι 4 αναφέρουν χρήση και στη χώρα καταγωγής τους, οι 3 απώλεια σημαντικών για αυτούς προσώπων κατά την τελευταία τριετία, και όλοι εμπειρία κακοποίησης (δύο σεξουαλικά/σωματικά, δύο σωματικά και ένας λεκτικά) καθώς και εμπειρία που κινδύνεψε η ζωή τους.

Συμπέρασμα: Χρήση ουσιών αναφέρθηκε από 5 στους 62 συνολικά πρόσφυγες (8,06%). Επρόκειτο συχνότερα για χρήση κάνναβης. Η βαρύτητα προβλήματος χρήσης σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο Dast -10 ήταν μάλλον χαμηλή. Οι πρόσφυγες που ανέφεραν χρήση ουσιών συγκριτικά με το σύνολο των προσφύγων ήταν σε υψηλότερο ποσοστό άρρενες, άγαμοι, καπνιστές, με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και με υψηλότερο ποσοστό κακοποίησης.

Αναγκαίες επισημάνσεις: Για τον περιορισμό της χρήσης ουσιών στους πρόσφυγες, απαιτείται η κατάλληλη οργάνωση και ικανοποιητική λειτουργία των αρμόδιων υπηρεσιών, που χρειάζεται να έχουν επαρκή γνώση και εμπειρία σχετικά με τη διαχείριση των δύσκολων και ιδιαίτερων καταστάσεων που αντιμετωπίζουν οι πρόσφυγες σε συνδυασμό με σεβασμό της πολιτισμικής τους ταυτότητας.

Λέξεις κλειδιά: Πρόσφυγες, Ναρκωτικές ουσίες, Κάνναβη, Ηρωίνη

Study of the prevalence of substance use and description of the risk factors among a refugee sample in Athens.

Abstract

Design and purpose of the study: This is a descriptive, observational study which primarily aims at the estimation of the prevalence of substance use/abuse and secondarily at the description of the risk factors which may lead to this among a refugee sample in Athens. Data collection occurred between 17/5/2018 and 12/12/2018.

Introduction: Immigration can be defined as a complex/multifactorial procedure. Refugees are forced to redefine their values and way of living, risking to partially lose their social and cultural identity in order to adapt to the social norms of the host country. As a result, they develop intense stress, feelings of loneliness, lack of compassion and emotional support which may result in substance use/abuse as a way to cope with those emotions.

Sample and method: The participants in the sample (N=62) were all refugees from Syria, Iraq, Iran, Afghanistan, aged between 19 – 55 years old who were accommodated by the Accommodation Scheme for Refugees of Municipality of Athens under the supervision of the UNHCR. The questionnaire was created based on the information of the bibliography and the personal experience of the writer due to his occupation in the Accommodation Scheme since 10/1/2017. The quantitative index of the degree of the consequences related to drug problems was estimated with the use of Dast –10 questionnaire [Drug Abuse Screening Test-10, Skinner, H. A. (1982)].

Results: The findings indicate that 8.06% (5 refugees; 2 Syrians, 2 Afghans and 1 Iraqi) of the sample reported drug use. They were all between 21 to 29 years old, male and single. Three of them reported cannabis use, one reported heroin use and there was a multiple drug user who reported psychedelic drug use, non-prescribed psychoactive drug use and others which he did not define. Two out of the three cannabis users reported smoking cannabis in their country of origin too, while the third started the use after coming to Greece. The heroin user was using opium in his country of origin and the multiple drug user reported use of non-prescribed psychoactive drugs, inhaling drugs and opium. Regarding the degree of the consequences related to drug problems according to Dast-10 questionnaire, this degree was zero for one refugee (cannabis), low for two refugees (cannabis), moderate for one (heroin) and substantial for the multiple drug user. Four out of these five refugees reported drug use in their country of origin, three of them reported loss of a person close to them during the last three years and all of them an experience of abuse (two of them sexual abuse, two physical abuse and one verbal abuse) and a life-threatening experience.

Conclusions: Drug use (mostly cannabis use) was reported by 5 out the 62 refugees participating in this study. The degree of the consequences related

to drug problems according to Dast-10 questionnaire was rather low. The drug users were mostly male, single, smokers, low educated and with a higher percentage of abuse, compared to the total sample of the study.

Future recommendations: In order to decrease the drug abuse problem among the immigrant population, the appropriate organization and adequate function of the health services is needed. This requires sufficient knowledge and experience regarding the case management of the difficult and particular situations of the daily challenges that immigrants face, reflecting on their cultural identity.

Key words: Refugees, immigration, drug use/abuse, cannabis, heroin.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εισαγωγή

Μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις που αντιμετωπίζει η ελληνική κοινωνία αποτελεί η εισροή μεγάλου αριθμού προσφύγων, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια. Στην κορύφωση της προσφυγικής ροής τον Οκτώβριο του 2015, περισσότεροι από 200.000 πρόσφυγες έφθασαν μέσω θαλάσσης στην Ελλάδα, κυρίως Σύριοι, Αφγανοί, Ιρακινοί, Σομαλοί και Ερυθραίοι, οι οποίοι εγκατέλειψαν τις χώρες τους λόγω πολεμικών συγκρούσεων (1). Σε αναφορά της European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), από τους πρόσφυγες που ζήτησαν άσυλο σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 2015, το 29% ήταν Σύριοι, το 14% Αφγανοί, το 10% Ιρακινοί, το 5% Κοσοβάροι, το 5% Αλβανοί και το 4% Πακιστανοί (2). Το 2016 η κατάσταση ήταν παρόμοια, με πάνω από τους μισούς αιτούντες άσυλο να προέρχονται από τη Συρία, το Αφγανιστάν και το Ιράκ (3).

Είναι ανάγκη να γίνει κατανοητό ότι η μετανάστευση αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία η οποία διακρίνεται αδρά στην περίοδο προετοιμασίας και αναχώρησης από τη χώρα καταγωγής και στην περίοδο προσαρμογής στη χώρα φιλοξενίας (4,5). Οι πρόσφυγες αναγκάζονται να εγκαταλείψουν την πατρίδα τους για λόγους οικονομικούς ή/και ασφάλειας ή/και πολιτικών, θρησκευτικών ή άλλης αιτιολογίας διώξεων και μετά από μια πιθανόν επώδυνη και επικίνδυνη διαδρομή καταφεύγουν σε μια άλλη χώρα στην οποία θα διαμείνουν μόνιμα ή προσωρινά. Όλη αυτή η πορεία αποτελεί και μια ψυχική διαδρομή που σηματοδοτεί η εγκατάλειψη της πατρίδας και η προσπάθεια για μια καινούρια αρχή (6). Η ψυχική αυτή διαδρομή έχει αφετηρία την απόφαση εκπατρισμού και αναχώρησης από την πατρίδα με αποχωρισμό των αγαπημένων τους προσώπων (οικογένεια, φίλοι, συνεργάτες, κ.ά.) καθώς και των υποστηρικτικών κοινωνικών δομών και των πολιτιστικών αξιών (6,7).

Σύμφωνα με την Ύπατη Αρμοστεία για τους Πρόσφυγες του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) του 1951 [UN Refugee Agency (UNHCR), 1951] πρόσφυγας είναι το άτομο που βρίσκεται εκτός της χώρας καταγωγής του ή του τόπου κατοικίας του, έχει δικαιολογημένο φόβο δίωξης για λόγους φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, συμμετοχής σε ορισμένη κοινωνική ομάδα ή λόγω πολιτικών πεποιθήσεων και εξαιτίας αυτού του φόβου αδυνατεί ή δεν επιθυμεί να απολαμβάνει την προστασία αυτής της χώρας ή την επιστροφή σε αυτήν (A refugee is a person "owing to well-founded fear of being persecuted for reasons of race, religion, nationality, membership of a particular social group or political opinion, is outside the country of his nationality and is unable or, owing to such fear, is unwilling to

avail himself of the protection of that country; or who, not having a nationality and being outside the country of his former habitual residence as a result of such events, is unable or, owing to such fear, is unwilling to return to it).

Κεντρική θέση σε όλη τη διαδικασία προσαρμογής έχει η έννοια του επιπολιτισμού (acculturation), δηλαδή η διαδικασία πολιτισμικής αλλαγής ενός ατόμου ή μιας ομάδας, ως αποτέλεσμα συνεχούς επαφής μεταξύ των μελών πολιτισμικά διαφορετικών ομάδων, συγκεκριμένα των προσφύγων και των ατόμων του γηγενούς πληθυσμού (8). Αυτό σχετίζεται με τη μεταβολή συναισθημάτων, πεποιθήσεων, στάσεων και συμπεριφορών των προτύπων της χώρας προέλευσης στα πρότυπα της χώρας φιλοξενίας (9).

Το στρες του επιπολιτισμού είναι πολύ συχνό στους μετανάστες πρώτης γενιάς (5). Στους μετανάστες δεύτερης ή των επομένων γενεών, το πολιτισμικό στρες αφορά την κοινωνικοποίηση η οποία βασίζεται αφενός στην κουλτούρα της χώρας καταγωγής και αφετέρου στην κουλτούρα της χώρας διαμονής (10). Επίσης, το επιπολιτισμικό στρες σχετίζεται τόσο με δυσκολίες στην τροποποίηση της πολιτισμικής ταυτότητας όσο και στην αντίσταση ενσωμάτωσης στην πολιτισμική ταυτότητα της χώρας διαμονής/φιλοξενίας τους (8).

Οι πρόσφυγες αναγκάζονται να εγκαταλείψουν αξίες, στάσεις ζωής και συμπεριφορές με κίνδυνο απώλειας εν μέρει της κοινωνικής και πολιτιστικής ταυτότητάς τους, προκειμένου να προσαρμοστούν στις κοινωνικές επιταγές της χώρας διαμονής (6). Παράλληλα, αναπτύσσονται ενδοψυχικές συγκρούσεις που σε συνδυασμό με την προσπάθεια προσαρμογής και επιβίωσης (εύρεση εργασίας, νομιμοποίηση, εκμάθηση γλώσσας, αντιμετώπιση προκαταλήψεων και ρατσισμού κ.ά.) (11) επιφέρουν σημαντικές σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις (12).

Τα παραπάνω δημιουργούν έντονο άγχος, συναισθήματα μοναξιάς, θλίψης, έλλειψης στοργής και συναισθηματικής στήριξης, που πιθανόν να οδηγήσουν στη χρήση ουσιών ως τρόπο αντιμετώπισης των δυσάρεστων συναισθημάτων, καθότι η χρήση αυτή περιορίζει τα συγκεκριμένα συναισθήματα και ενισχύει την ανάγκη αποδοχής και την ένταξη σε μια ομάδα ατόμων με κοινό χαρακτηριστικό τη χρήση (13).

Σχετικά με το ποσοστό χρήσης ουσιών στον πληθυσμό των προσφύγων και τους επιδημιολογικούς και άλλους παράγοντες όπως το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ, θα γίνει εκτενέστερη αναφορά παρακάτω όταν τα αποτελέσματα της μελέτης συγκριθούν με τα ευρήματα της βιβλιογραφίας.

Ο κίνδυνος χρήσης και κατάχρησης (misuse) ουσιών στον πληθυσμό των προσφύγων στις χώρες διαμονής/φιλοξενίας σχετίστηκε με σημαντικό αριθμό γενετικών παραγόντων (15) και στρεσογόνων κοινωνικών παραγόντων. Ειδικότερα, σχετίστηκε με παράγοντες που αφορούν τις αιτίες εγκατάλειψης της χώρας καταγωγής, τη μη ομαλή ενσωμάτωση και ένταξη των προσφύγων στις χώρες διαμονής/φιλοξενίας ή τη διάρκεια παραμονής

των προσφύγων στη χώρα φιλοξενίας, την πιθανή παρουσία ψυχικού τραύματος καθώς και παράγοντες που επιβαρύνουν την προσαρμογή των προσφύγων στη χώρα φιλοξενίας (16-30).

- **Σχετικά με τους λόγους εγκατάλειψης της χώρας καταγωγής.**

Οι πρόσφυγες που απομακρύνονται βίαια από τις χώρες τους είναι περισσότερο επιρρεπείς στη χρήση ουσιών, διότι κατ' αυτόν τον τρόπο αντιμετωπίζουν τις ψυχοτραυματικές τους εμπειρίες, ψυχιατρικές εκδηλώσεις, τη μεταβολή της πολιτιστικής κατάστασης καθώς και την κοινωνική ή/και οικονομική ανισότητα που βιώνουν (20).

- **Αναφορικά με την μη ικανοποιητική ενσωμάτωση και ένταξη των προσφύγων στις χώρες διαμονής/φιλοξενίας.**

Η μη ικανοποιητική ενσωμάτωση και ένταξη καθώς και το χαμηλό οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο των γονιών στη χώρα υποδοχής, εκδηλώνεται στα παιδιά των προσφύγων αυτών με υψηλότερο κίνδυνο χρήσης και κατάχρησης ουσιών στη διάρκεια της εφηβείας τους (21-25). Επίσης, προβλήματα ανακύπτουν στην περίπτωση που ο ένας γονιός απομακρύνεται πρώτος και αναμένει την επανένωση της οικογένειας στη χώρα διαμονής (26), καθώς και στην αδυναμία των γονιών να φροντίσουν τα παιδιά (για λόγους οικονομικούς, κ.ά.). Αυτό σημαίνει ότι τα παιδιά μπορεί να παραμείνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς την επίβλεψή τους και να υιοθετήσουν πρότυπα στάσεων και συμπεριφορών διαφορετικά από εκείνα των γονιών τους, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή σύγκρουση μεταξύ τους, διάρρηξη της οικογενειακής συνοχής και αύξηση του άγχους σε όλα τα μέλη της οικογένειας και κατ' επέκταση να αυξήσει τον κίνδυνο χρήσης ουσιών (26-28). Επιπλέον, σημαντική είναι η επίδραση πιθανού αποχωρισμού των μελών της οικογένειας (συζύγων μεταξύ τους, συζύγου ή συζύγων από ένα ή περισσότερα παιδιά) που προκαλεί σημαντική ψυχική επιβάρυνση και επηρεάζει τη σχέση μεταξύ του ζευγαριού και των παιδιών (30).

Ο κίνδυνος χρήσης ουσιών στους πρόσφυγες, εξαρτάται από παράγοντες όπως η διατήρηση των πολιτιστικών πρακτικών και προσδοκιών της χώρας καταγωγής στη χώρα φιλοξενίας, οι αντιλήψεις των προσφύγων για τη χρήση ουσιών, καθώς και η μεταβολή του μοτίβου χρήσης των ουσιών των προσφύγων από τη χώρα καταγωγής στη χώρα διαμονής/φιλοξενίας..

- **Σχετικά με τις πολιτιστικές πρακτικές και τις προσδοκίες της χώρας καταγωγής.**

Αυτές έχουν την τάση να διατηρούνται στη χώρα φιλοξενίας και αποτελούν σημαντικούς παράγοντες χρήσης ουσιών στον προσφυγικό πληθυσμό (31). Επίσης, προς αυτήν την κατεύθυνση συμβάλλουν δυσκολίες σχετικά με την ενσωμάτωση στην κουλτούρα της χώρας υποδοχής ως προς τη γλώσσα, την εργασία και την πρόσβαση σε υπηρεσίες περίθαλψης (32,33), καθώς και καταστάσεις όπως οι τραυματικές εμπειρίες, η ανεργία και η φτώχεια ή η απώλεια της οικογένειας και του πλαισίου κοινωνικής στήριξης

(34-36). Ο κίνδυνος παραβατικότητας από τη χρήση ουσιών σχετίστηκε με τη διαμονή σε πτωχότερες και υποβαθμισμένες περιοχές/συνοικίες με ευκολότερη πρόσβαση στις ουσίες αυτές (37-42).

Η μακρόχρονη διαβίωση σε εχθρικές κοινωνικές συνθήκες και το έντονο αίσθημα της εθνικής ή πολιτιστικής ταυτότητας των προσφύγων στις χώρες φιλοξενίας σχετίστηκε με βαρύτερη χρήση ουσιών (43). Το μίσος που νιώθουν οι νεαρής ηλικίας πρόσφυγες ως επακόλουθο της απόρριψης αυτών και των γονιών τους από τον γηγενή πληθυσμό (4), η ανεπιτυχής προσαρμογή στο εκπαιδευτικό σύστημα της χώρας διαμονής σε συνδυασμό με την χαμηλή οικονομική και κοινωνική κατάσταση συγκριτικά με τους ντόπιους (44) καθώς και η απουσία μελλοντικών ευκαιριών (45,46) επιδεινώνει το πρόβλημα. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι συχνά τα κέντρα φιλοξενίας προσφύγων αποτελούν τόπους που αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο κατάχρησης αλκοόλ και ουσιών (47).

- **Αναφορικά με το ρόλο των αντιλήψεων των προσφύγων για τη χρήση ουσιών.**

Η υποκουλτούρα των ναρκωτικών έχει τη δική της ιστορία, αξίες, παραδόσεις και τελετουργίες και διαφέρει ανάλογα με το είδος των ναρκωτικών ουσιών, τη γεωγραφική περιοχή, κ.ά. (48,49). Τα μέλη των ομάδων με αναπτυσσόμενη την κουλτούρα των ναρκωτικών έχουν κοινή αντίληψη σχετικά με συμπεριφορές της καθημερινής ζωής (εμφάνιση, διασκέδαση, τρόποι επικοινωνίας, κ.ά.) αναπτύσσοντας μια κοινωνική ιεραρχία που προσδίδει διαφορετική κοινωνική θέση και ρόλους στα μέλη τους.

Τα μέλη των ομάδων με αυτήν την κουλτούρα γίνονται αποδεκτά μεταξύ τους και αποφεύγουν τις διακρίσεις και το στίγμα της χρήσης από τα μέλη διαφορετικών ομάδων στις οποίες θα μπορούσαν να ενταχθούν. Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι οι νεαρής ηλικίας πρόσφυγες που βιώνουν το χάσμα επιπολιτισμού (όπως σύγκρουση με τους γονείς, με ομάδες του πληθυσμού της χώρας φιλοξενίας, κ.ά.) και δυσκολεύονται ιδιαίτερα να δημιουργήσουν μια δική τους πολιτισμική ταυτότητα, καταφεύγουν στη χρήση ναρκωτικών βρίσκοντας μια διέξοδο και καταφύγιο υποστήριξης που δε συναντούν στην οικογένεια ή σε άλλες πολιτισμικές ομάδες (6). Επίσης, η ένταξη σε ομάδες ατόμων με την κουλτούρα των ναρκωτικών λόγω της υποτίμησης του ρόλου του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου αναπληρώνει τα συναισθήματα κατωτερότητας που συνοδεύουν το στιγματισμό από την κοινωνία (13).

- **Σχετικά με τη μεταβολή του μοτίβου χρήσης των ουσιών των προσφύγων από τη χώρα καταγωγής στη χώρα διαμονής/φιλοξενίας.**

Ουσίες που χρησιμοποιούνταν με ένα τελετουργικό τρόπο στη χώρα καταγωγής των προσφύγων, στη χώρα φιλοξενίας χρησιμοποιούνται για να απαλυνθεί ο πόνος και η θλίψη, κάτι που μπορεί να αποτελέσει πύλη εισόδου

στον κόσμο της ηρωίνης (50). Διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο τα μοτίβα χρήσης των ουσιών στις χώρες καταγωγής των προσφύγων που πιθανόν να διατηρηθούν και στις χώρες φιλοξενίας. Για παράδειγμα πρόσφυγες από το Ιράν, χρήστες οπίου με τον παραδοσιακό τρόπο στη χώρα τους, όταν ήρθαν στην Ευρώπη, οι παραδοσιακές πρακτικές της χρήσης οπίου προσαρμόστηκαν στις συνθήκες αγοράς και επειδή η ηρωίνη είναι περισσότερο διαθέσιμη από το όπιο, αυτό συνεπάγεται μεγαλύτερο κίνδυνο εξάρτησης από την ηρωίνη (31). Εντούτοις, οι πρόσφυγες δύσκολα διατηρούν τον παραδοσιακό κοινωνικά αποδεκτό και χωρίς κίνδυνο κατάχρησης μοτίβο της χρήσης αλκοόλ ή άλλων ουσιών, με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο κίνδυνος κατάχρησης αυτών ή/και χρήσης νέων ουσιών (50). Χρειάζεται να επισημανθεί ότι η ανία και η ανεργία, σε συνδυασμό ίσως με μη διαγνωσμένη κατάθλιψη, μπορεί να οδηγήσουν στη διατήρηση και επιδείνωση των μοτίβων χρήσης ουσιών των χωρών προέλευσης (31,51).

Εξίσου σημαντικός είναι ο ρόλος της διάρκειας διαμονής των προσφύγων στη χώρα φιλοξενίας (I), των μοντέλων προσέγγισης της εκτίμησης της χρήσης/κατάχρησης ουσιών από τους πρόσφυγες (II) καθώς και παράγοντες που επιβαρύνουν την προσαρμογή των προσφύγων στη χώρα φιλοξενίας (III).

I. Σχετικά με τη διάρκεια διαμονής των προσφύγων στη χώρα φιλοξενίας.

Οι Manhica και συν-2016 μελέτησαν τη νοσηλεία και την παραβατικότητα που σχετίζονταν με τη κατάχρηση ουσιών σε 22.992 συνοδευόμενους και 5.686 ασυνόδετους πρόσφυγες, ηλικίας 13-19 ετών που φιλοξενήθηκαν στη Σουηδία τους οποίους συνέκριναν με ένα εκατομμύριο νεαρής ηλικίας Σουηδούς, την χρονική περίοδο 2005-2012. Η πλειονότητα των προσφύγων ήταν άρρενος φύλου.

Διαπιστώθηκε ότι ο κίνδυνος παραβατικότητας αυξανόταν με την μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής στη Σουηδία στους άρρενες πρόσφυγες, που διατηρήθηκε ακόμα και μετά την εκτίμηση της επίδρασης της ηλικίας και της διαμονής σε μεγάλες ή μικρότερες πόλεις ή στην ύπαιθρο χώρα [hazard ratios (HRs) 5,21 (4,39-6,19) για τους ασυνόδετους και 3,85 (3,42-4,18) για τους συνοδευόμενους πρόσφυγες μετά τη δεκαετία διαμονής συγκριτικά με το γηγενή πληθυσμό]. Ωστόσο, ο κίνδυνος νοσηλείας ήταν χαμηλότερος [HR 2,88 (2,18-3,79) και 2,52 (2,01-3,01)] για τους ασυνόδετους και τους συνοδευόμενους πρόσφυγες μετά τη δεκαετία διαμονής, συγκριτικά με το γηγενή πληθυσμό. Ο κίνδυνος παραβατικότητας και νοσηλείας ήταν υψηλότερος στους άρρενες πρόσφυγες που κατάγονταν από το Κέρας της Αφρικής και το Ιράν. Οι πρόσφυγες θήλεος φύλου είχαν παρόμοιο κίνδυνο παραβατικότητας και νοσηλείας με αυτόν του γηγενούς πληθυσμού (19).

Είναι αξιοσημείωτο ότι οι μετανάστες πρώτης γενιάς παρουσιάζουν καλύτερη προσαρμογή και λιγότερα ποσοστά ψυχολογικών προβλημάτων

συγκριτικά με τα παιδιά προσφύγων που έχουν γεννηθεί στη χώρα φιλοξενίας [παράδοξο φαινόμενο της μετανάστευσης (refugee paradox)], ενώ οι μετανάστες δεύτερης γενιάς λόγω της πίεσης των γονιών τους να διατηρήσουν την πολιτισμική ταυτότητα της χώρας καταγωγής, πιθανόν να έχουν μεγαλύτερες δυσκολίες προσαρμογής συγκριτικά με τους μετανάστες πρώτης γενιάς. Αυτό πιθανόν να οδηγήσει σε απόκλιση σχετικά με τον κίνδυνο χρήσης ναρκωτικών ουσιών (48,52). Οι πρόσφυγες που θα προσπαθήσουν να διατηρήσουν την πολιτιστική ταυτότητα και τη συμπεριφορά της χώρας καταγωγής τους κινδυνεύουν λιγότερο να καταφύγουν στη χρήση ναρκωτικών ουσιών συγκριτικά με τους πρόσφυγες που υιοθετούν συμπεριφορές και αξίες ομάδων πληθυσμού της χώρας φιλοξενίας στις οποίες όμως συμπεριλαμβάνονται ομάδες ατόμων οι οποίοι είναι χρήστες ουσιών (48,53).

Είναι ενδιαφέρον να αναφερθεί ο κίνδυνος χρήσης και κατάχρησης ουσιών στους μετανάστες συγκριτικά με τον πληθυσμό της χώρας διαμονής/φιλοξενίας. Αριθμός μελετών έδειξε ότι μετανάστες παρά το γεγονός ότι εκτέθηκαν σε διάφορους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών, εμφάνιζαν χαμηλότερο ποσοστό χρήσης ουσιών συγκριτικά με γηγενείς Αμερικανούς (54-61). Πιθανόν σε αυτό να κυριαρχεί ο φόβος αποκάλυψης και εκδίωξης από τη χώρα φιλοξενίας ή εμπλοκής σε πράξεις που τιμωρούνται από το σύστημα Δικαιοσύνης (62).

Οι Salas-Wright CP, Vaughn MG-2014 χρησιμοποιώντας δεδομένα από τη National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, μελέτησαν τον επιπολασμό των διαταραχών από τη χρήση ουσιών [substance use disorders (SUD)] στη διάρκεια της ζωής σε ομάδα 428 προσφύγων που συνέκριναν με ομάδα 4.955 μεταναστών οι οποίοι δεν ήταν πρόσφυγες και 29.267 γηγενών Αμερικανών. Οι πρόσφυγες είχαν 3-6 φορές μικρότερο κίνδυνο διαταραχών από τη χρήση ουσιών συγκριτικά με τους γηγενείς Αμερικανούς, καθώς και συγκριτικά με τους μετανάστες που δεν ήταν πρόσφυγες σχετικά με την κατάχρηση αλκοόλ (AOR = 0,44, 95% CI = 0,41-0,47), κοκαΐνης (AOR = 0,54, 95% CI = 0,50-0,59), παραισθησιογόνων (AOR = 0,66, 95% CI = 0,58-0,74), και οπίου/ηρωίνης (AOR = 0,62, 95% CI = 0,58-0,66). Η μεγαλύτερη παραμονή στην κατάσταση του πρόσφυγα σχετιζόταν με υψηλότερο κίνδυνο κατάχρησης αλκοόλ αλλά και με χαμηλότερο κίνδυνο διαταραχών από τη χρήση κάνναβης και παρανόμων ουσιών (52).

II. Παράγοντες που επιβαρύνουν την προσαρμογή των προσφύγων στη χώρα φιλοξενίας.

Βαρύνουσα σημασία έχει ο ρόλος του τραύματος στη χώρα καταγωγής των προσφύγων. Η ύπαρξη προηγούμενης έκθεσης σε τραυματικές καταστάσεις στη χώρα προέλευσης (πόλεμος, κατοχή, βασανιστήρια) καθώς και ο αποχωρισμός από την πυρηνική οικογένεια σε συνδυασμό με την απουσία υποστηρικτικού κοινωνικού περιβάλλοντος αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο χρήσης ουσιών (44,45). Οι πρόσφυγες που έχουν εγκαταλείψει τη

χώρα τους για να σωθούν από τον πόλεμο είναι πιθανόν θύματα τρομοκρατίας, βασανιστηρίων, βιασμού ή φυλάκισης οι ίδιοι, ή/και φίλοι ή συγγενείς τους. Συνεπώς, η έκθεση στη βία, την καταπίεση καθώς και η αίσθηση απώλειας ελέγχου αποτελούν ισχυρά τραυματικά γεγονότα (50, 63).

Η ανάμνηση του πρόσφατου ψυχικού τραυματισμού, η αβεβαιότητα για το μέλλον σε συνδυασμό με την έλλειψη διεξόδου, απασχόλησης και δημιουργικότητας επιβαρύνει την κατάστασή τους. Αυτό ενισχύεται περαιτέρω από το φόβο για την τύχη συγγενών και φίλων που βρίσκονται ακόμα στην χώρα καταγωγής, ειδικά όταν υπάρχει δυσκολία επικοινωνίας με αυτούς (64). Επιπροσθέτως, εντείνεται η ανάπτυξη ενοχών από το γεγονός ότι ίδιοι σε αντίθεση ίσως με σημαντικά για αυτούς πρόσωπα κατόρθωσαν να ζήσουν, αναπτύσσοντας "ενοχές επιβίωσης" (16).

Ένας ακόμη επιβαρυντικός παράγοντας αποτελεί η απώλεια ή απώλειες στη χώρα καταγωγής τους. Οι πρόσφυγες στη χώρα καταγωγής τους βιώνουν την απώλεια αγαπημένων προσώπων, της περιουσίας και κατοικίας, ακόμη και την καταστροφή της χώρας τους (16,65). Στη χώρα φιλοξενίας, νιώθουν νοσταλγία για την πατρίδα τους καθώς είναι ξεριζωμένοι και χωρίς κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο (54,66).

Επίσης, ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι οι πρόσφυγες βρίσκονται σε μειονεκτική θέση συγκριτικά με τα άτομα που απαρτίζουν την κοινωνία της χώρας φιλοξενίας, λόγω περιθωριοποίησης από διακρίσεις που γίνονται στα πλαίσια της φυλής, της εθνικότητας ή της θρησκείας και δυσκολίας ανεύρεσης εργασίας ιδιαίτερα σε περιοχές αυξημένης ροής προσφύγων (16,17,54,64 ,67).

Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στην εμφάνιση Αγχώδους Μετατραυματικής Διαταραχής [post-traumatic stress disorder (PTSD)], η οποία αποτελεί την συχνότερη ψυχική διαταραχή των προσφύγων (16). Σε πλήθος μελετών αναφέρθηκε ότι η PTSD σχετίζεται με αύξηση του κινδύνου χρήσης ουσιών (68-72). Στη διαπίστωση ωστόσο αυτή δε συμφωνούν όλοι οι ερευνητές. Οι Breslau και συν-1997 διαπίστωσαν ότι ακόμη και οι γυναίκες που είχαν εκτεθεί σε τραυματικά γεγονότα χωρίς την ανάπτυξη PTSD, εμφάνιζαν εν τούτοις αυξημένο κίνδυνο έναρξης χρήσης αλκοόλ και άλλων ουσιών (69). Οι ίδιοι ερευνητές σε μεταγενέστερη μελέτη τους δε διαπίστωσαν συσχέτιση του PTSD με αυξημένο κίνδυνο κατάχρησης αλκοόλ και ουσιών (εκτός από ένα ελαφρά αυξημένο κίνδυνο εξάρτησης από νικοτίνη) (73).

Οι Terheggen και συν-2001 έδειξαν την ύπαρξη πολιτιστικών διαφορών σχετικά με το τι θεωρείται τραυματικό γεγονός και τον τρόπο που επικοινωνεί κάποιος τη συναισθηματική του δυσφορία (74). Ο Eisenbruch-1991 έχει διατυπώσει την υπόθεση ότι πολλοί πρόσφυγες που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για PTSD και διαγιγνώσκονται με τη διαταραχή αυτή, στην πραγματικότητα αυτό που βιώνουν μπορεί να περιγραφεί ως «μία φυσιολογική, ακόμα και εποικοδομητική, υπαρξιακή αντίδραση παρά ως μια ψυχιατρική ασθένεια» (75). Επίσης ο Baker-1992 (76) και οι Burnett και Peel-2001 συμφωνούν στη διαπίστωση ότι η συνήθης μεταξύ των προσφύγων

ψυχολογική δυσφορία θα μπορούσε ακριβέστερα να περιγραφεί ως μια συμπεριφορική αντίδραση στο μη φυσιολογικό βίωμα, παρά ως συμπτωματολογία ψυχικής ασθένειας (77).

III. Μοντέλα προσέγγισης της εκτίμησης της χρήσης/κατάχρησης ουσιών από τους πρόσφυγες.

Στο Μοντέλο Αφομοίωσης (Assimilation/Acculturation Model), όταν οι πρόσφυγες αφομοιώνονται στη νέα κοινωνία της χώρας φιλοξενίας, υιοθετούν τις κοινωνικές νόρμες της νέας χώρας συμπεριλαμβανομένης της χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών (66). Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του κινδύνου χρήσης ουσιών εάν η χώρα φιλοξενίας έχει μια πιο θετική οπτική σχετικά με τη χρήση αλκοόλ και ουσιών συγκριτικά με τη χώρα καταγωγής τους (16,66,78).

Από την άλλη στο μοντέλο της Αγχώδους Προσαρμογής (Acculturative Stress Model) η προσαρμογή στη χώρα φιλοξενίας αποτελεί μια στρεσογόνα εμπειρία συνεισφέροντας στην ανάπτυξη προβλημάτων κατάχρησης ουσιών, ειδικά όταν κάποιος υπολείπεται σε εσωτερικούς και εξωτερικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης καταστάσεων άγχους (66). Το μοντέλο αυτό φαίνεται να έχει εφαρμογή και σε προσφυγικούς πληθυσμούς που εκτός από το άγχος της προσαρμογής, αντιμετωπίζουν και άλλους στρεσογόνους παράγοντες, όπως στρεσογόνα βιώματα στην χώρα καταγωγής (π.χ. σε θύματα βασανιστηρίων), στα κέντρα μεταναστών (π.χ. το να γίνει κάποιος μάρτυρας βίαιων περιστατικών) ή στη χώρα φιλοξενίας (π.χ. βίωση πολιτιστικού σοκ) (66,79).

Σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας οι Yee και Thu-1987 σχολιάζοντας κάποιες έρευνες που υποστηρίζουν το Μοντέλο Αφομοίωσης, αναφέρουν ότι μετά τη μετανάστευση τα μοτίβα χρήσης ουσιών των προσφύγων άλλαξαν και άρχισαν να παρουσιάζουν μεγαλύτερη ομοιότητα με αυτά της χώρας φιλοξενίας. Υπάρχει εν τούτοις ένδειξη ότι μάλλον ισχύει το Μοντέλο της Αγχώδους Προσαρμογής, τονίζοντας τη σημασία των στρεσογόνων παραγόντων στη χώρα φιλοξενίας. Στην αρχική περίοδο προσαρμογής (από μήνες έως αρκετά χρόνια) οι πρόσφυγες αγωνίζονται πρώτιστα να επιβιώσουν ενώ οι διαταραχές χρήσης ουσιών εμφανίζονται μετά την περίοδο αυτή, όταν αντιμετωπιστούν οι βασικές ανάγκες επιβίωσης και διογκωθεί η διαδικασία απώλειας της πολιτιστικής τους ταυτότητας (acculturation). Οι ερευνητές επιγραμματικά σημειώνουν ότι «η κατάχρηση ουσιών χρησιμοποιείται ως μηχανισμός άμυνας για την επίτευξη της προσαρμογής σε ένα ξένο και κάποιες φορές εχθρικό κοινωνικό ή πολιτιστικό περιβάλλον» (80).

Χρήση ουσιών σε πρόσφυγες στην Ελλάδα

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρήθηκε αύξηση του ποσοστού συμμετοχής των προσφύγων και μεταναστών στην ομάδα των χρηστών ουσιών στην Ελλάδα (81). Στη μελέτη «Μετανάστευση και Εκτίμηση Αναγκών Μεταβατικού Κέντρου Mosaic" του ΚΕΘΕΑ (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων) σε ομάδα 74 μεταναστών, τα 6 άτομα αυτά (ποσοστό 8,11%) απάντησαν θετικά στην κατάχρηση ουσιών. Αναλυτικότερα αναφέρθηκε στο 40% η χρήση αλκοόλ, στο 30% χασίς, στο 20% κοκαΐνης και στο 10% ηρωίνης, διεγερτικών ή αγχολυτικών χαπιών, παραισθησιογόνων ή εισπνεόμενων ουσιών.

Ακολουθεί εκτενής αναφορά στη μελέτη των Marina Dalla και συν-2009 (14). Οι ερευνητές μελέτησαν την κατάχρηση ουσιών σε ομάδα 53 χρηστών ουσιών μεταναστών (31 από την πρώην Σοβιετική Ένωση, 8 από το Ιράκ ή το Ιράν, 7 από Αλβανία, την Πολωνία ή τη Βουλγαρία και οι υπόλοιποι 5 Έλληνες που επαναπατρίστηκαν από την πρώην Σοβιετική Ένωση, την Αυστραλία ή τη Γερμανία) που συνέκριναν με 49 γηγενείς Έλληνες χρήστες ουσιών. Η πληροφορία βασίστηκε στα δεδομένα που συλλέχτηκαν στη Μονάδα Απεξάρτησης από Ναρκωτικά του Δημόσιου Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Drug Dependence Unit of the State Psychiatry Hospital of Attica) τη χρονική περίοδο 2005-2006. Όλα τα άτομα που συμμετείχαν ήταν ηλικίας ≥ 18 ετών και είχαν αποφασίσει να ενταχθούν στο πρόγραμμα αποκατάστασης της χρήσης ουσιών της παραπάνω μονάδας του νοσοκομείου αυτού. Συνολικά οι 18 χρήστες ήταν έγγαμοι, οι 72 άγαμοι και οι 12 διαζευμένοι (17,5%, 69,9% και 11,9%, αντίστοιχα). Οι πρόσφυγες ήταν έγγαμοι αλλά τα παιδιά τους και οι σύζυγοι ζούσαν στην χώρα προέλευσης. Υποβλήθηκαν σε συνέντευξη που περιλάμβανε τη λήψη πληροφοριών σχετικά με την προσωπική ζωή και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά (ηλικία, χρόνια εκπαίδευσης, χώρα γέννησης), την κατάσταση γάμου, τις συνθήκες ζωής και στέγασης, την κατάσταση υγείας (λοίμωξη από τον ιό της ανθρώπινης επίκτητης ανεπάρκειας/HIV ή την ανάπτυξη του συνδρόμου επίκτητης ανοσοανεπάρκειας/AIDS), τις παραβατικές ή αποκλίνουσες συμπεριφορές καθώς και πληροφορίες σχετικά με τη χρήση παράνομων ουσιών στη διάρκεια της ζωής.

- Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης οι μετανάστες είχαν υψηλότερο ποσοστό απόκτησης πανεπιστημιακού πτυχίου (49% έναντι 24%, $p = 0,05$). Δεν παρατηρήθηκε διαφορά σχετικά με το είδος επαγγελματικής απασχόλησης. Το ποσοστό ανεργίας ωστόσο ήταν υψηλότερο στην ομάδα των μεταναστών (63% έναντι 47,1%, $p = 0,01$) καθώς και το ποσοστό χωρίς ασφαλιστική κάλυψη (50% στην ομάδα των μεταναστών, $p = 0,05$). Σχετικά με την κατάσταση υγείας αναφορικά με το AIDS, το ποσοστό που δεν υπήρχε πληροφορία ήταν υψηλότερο στην ομάδα των μεταναστών ($p = 0,01$).

- Αναφορικά με τη την ουσία χρήσης δεν υπήρξε διαφορά μεταξύ των δύο αυτών ομάδων. Στην πλειονότητα των χρηστών γίνονταν χρήση ηρωίνης (86,5%) και ακολουθούσε η χρήση της κοκαΐνης (6,7%) ή άλλων ουσιών όπως αμφεταμινών, βενζοδιαζεπινών, μαριχουάνας και χασίς (6,7%).
- Ενδιαφέρουσα ήταν η διαπίστωση ότι στην ομάδα των μεταναστών η ηλικία έναρξης της χρήσης των ουσιών ήταν μεγαλύτερη συγκριτικά με την ομάδα των γηγενών χρηστών (από 10 ως 40 ετών, με μέση ηλικία αυτή των 18 ετών έναντι 12 ως 30 ετών με μέση ηλικία αυτή των 15,6 ετών, $p < 0,01$). Δε διαπιστώθηκε ωστόσο διαφορά σχετικά με τη μέση διάρκεια χρήσης των ουσιών (7 έτη στους γηγενείς και 5,2 στους μετανάστες χρήστες) ή τη μέγιστη αυτή διάρκεια (25 έτη για τους γηγενείς και 36,6 για τους πρόσφυγες χρήστες). Διαπιστώθηκε ωστόσο διαφορά σχετικά με τη μέθοδο χρήσης των ουσιών ($p = 0,05$). Στους μετανάστες γίνονταν συχνότερα ενδομυϊκή χρήση (51% έναντι 36,7% των γηγενών χρηστών). Επίσης οι γηγενείς χρήστες έκαναν συχνότερη χρήση παράνομων ουσιών από του στόματος ή σε εισπνεύσιμη μορφή. Στο 32% των χρηστών αναφέρθηκε χρήση της ίδιας σύριγγας από περισσότερα του ενός άτομα, χωρίς ωστόσο διαφορά μεταξύ των μεταναστών και των γηγενών χρηστών.
- Το 72,6% άρχισε με τη χρήση μαριχουάνας ή χασίς, το 9,9% με τη χρήση ηρωίνης ή οπίου και το 7,7% με τη χρήση αντικαταθλιπτικών, κοκαΐνης και αμφεταμινών. Στην ομάδα των μεταναστών γίνονταν συχνότερα χρήση του συνδυασμού ηρωίνης και μαριχουάνας ενώ στην ομάδα των γηγενών χρηστών η χρήση πολλαπλών ναρκωτικών ουσιών ($p = 0,001$).
- Σχετικά με την παραβατική συμπεριφορά οι μετανάστες ανέφεραν λιγότερες παραβατικές ενέργειες συγκριτικά με τους γηγενείς χρήστες ($p < 0,05$). Θα πρέπει όμως να αναφερθεί ότι οι μετανάστες δεν έδιναν πληροφορίες για τη συμπεριφορά αυτή συχνά συγκριτικά με τους γηγενείς χρήστες. Διαπιστώθηκαν διαφορές σχετικά με τον αριθμό των περιστατικών που εκδικάστηκαν ή υπήρξε απόφαση δικαστηρίου ($p < 0,01$) καθώς και τον αριθμό των περιστατικών σε αναμονή δίκης ή απόφασης δικαστηρίου ($p < 0,05$). Στην ομάδα των μεταναστών το ποσοστό που αναφέρθηκε σε αναμονή δίκης ή απόφασης δικαστηρίου ήταν χαμηλότερο. Και πάλι χρειάζεται να αναφερθεί ότι οι μετανάστες δεν έδιναν πληροφορίες σχετικά με την αναμονή αυτή περισσότερο συχνά συγκριτικά με τους γηγενείς χρήστες. Συνολικά κράτηση ή φυλάκιση αναφέρθηκε σε ποσοστό 23,8%, σοβαρά βίαιη πράξη στο 29,7%, αναστολή της δικαστικής απόφασης στο 18% και δίκη με ενόρκους στο 33,3%.

Η διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα αποκατάστασης ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες. Οι μετανάστες ωστόσο ήταν λιγότερο τακτικοί σχετικά με τις προγραμματισθείσες συναντήσεις ($p < 0,05$), ενώ αναζητούσαν

συχνότερα ιατρική λύση στο πρόβλημα της χρήσης ουσιών και έκαναν συχνότερα χρήση θεραπειών για τη μείωση του επιπέδου ή του περιορισμού της χρήσης ($p < 0,05$).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Υλικό και Μέθοδοι

Πληθυσμός Μελέτης: Μελετήθηκαν τα ερωτηματολόγια που απαντήθηκαν επαρκώς από 62 πρόσφυγες που φιλοξενούνται στο Πρόγραμμα Στέγασης Προσφύγων του Δήμου Αθηναίων το οποίο βρίσκεται υπό την εποπτεία της Ύπατης Αρμοστείας για τους Πρόσφυγες του ΟΗΕ (ΥΑΠΟΗΕ) και προέρχονται από τη Συρία, το Ιράν, το Ιράκ και το Αφγανιστάν. Επρόκειτο για 36 άνδρες (58%) και οι 26 γυναίκες (42%), ηλικίας 19-55 ετών [μέση τιμή ± μια τυπική απόκλιση (mean ± standard deviation) 29,36±8,03 έτη]. Σε όλα τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν όλα τα πεδία και οι ερωτήσεις, με εξαίρεση ένα ερωτηματολόγιο που δε συμπληρώθηκε το έτος γέννησης οπότε δεν ήταν δυνατόν να υπολογιστεί η ηλικία. Ωστόσο το ερωτηματολόγιο αυτό συμπεριλήφθηκε γιατί αυτό δεν επηρέαζε τους υπολοίπους υπολογισμούς, εκτός μηδαμινά ίσως τον υπολογισμό της ηλικίας στο σύνολο των ερωτηματολογίων καθώς και τα ερωτηματολόγια των μη χρηστών.

Τα χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού φαίνονται στον Πίνακα 1:

Πίνακας 1

Χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού

<u>Χαρακτηριστικά</u>	<u>Πληθυσμός (N=62)</u>
<u>Ηλικία</u>	29,36±8,03 έτη (mean ± standard deviation)
<u>Φύλο</u>	
Ανδρες	36 (58%)
Γυναίκες	26 (42%)
<u>Χώρα καταγωγής</u>	
Συρία	34 (58%)
Ιράκ	9 (14,5%)

Ιράν	5 (8%)
Αφγανιστάν	14 (22,6%)
<u>Θρήσκευμα</u>	
Μουσουλμανικό	55 (88,7%)
Χριστιανικό	4 (6,4%)
Άλλο	3 (4,8%)

Ερωτηματολόγια

- Τα ερωτηματολόγια δημιουργήθηκαν βάσει πληροφοριών της βιβλιογραφίας και της προσωπικής εργασιακής εμπειρίας του συγγραφέα λόγω της ενασχόλησης του (Παράρτημα) στο Πρόγραμμα Παροχής Στέγασης και Υπηρεσιών σε Πρόσφυγες του Δήμου Αθηναίων από τις 11/1/2017.

- Οι ερωτήσεις που αφορούν τα επιδημιολογικά στοιχεία, τα κοινωνικά χαρακτηριστικά (εκπαίδευση, εισόδημα, οικογενειακή συνοχή, χρόνος παραμονής στην Ελλάδα κ.α.) και τους παράγοντες που σχετίζονται με το ψυχικό τραύμα (κακοποίηση, απώλεια) βασίστηκαν στο ερωτηματολόγιο λήψης ψυχοκοινωνικού ιστορικού του Προγράμματος Παροχής Στέγασης και Υπηρεσιών σε Πρόσφυγες του Δήμου Αθηναίων υπό τις κατευθυντήριες γραμμές της Ύπατης Αρμοστείας. Στο ερωτηματολόγιο δεν έχει γίνει στάθμιση.

- Ο βαθμός βαρύτητας των προβλημάτων που σχετίζεται της χρήσης των ναρκωτικών ουσιών εκτιμήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου DAST-10 [Drug Abuse Screening Test-10, Skinner, H. A. (1982)]. Το συγκεκριμένο επιλέχθηκε λόγω αξιοπιστίας, συντομίας και απλότητας δεδομένου της μη εξοικείωσης των προσφύγων με τέτοιου είδους ερωτηματολόγια.

- Η προτύπωση των ερωτηματολογίων έγινε με μετάφραση από τα ελληνικά στα αραβικά από τρεις αραβόφωνους διερμηνείς, καθώς και από τα αραβικά στα ελληνικά από τρεις διαφορετικούς αραβόφωνους διερμηνείς, έτσι ώστε να πιστοποιηθεί η αξιοπιστία και ακρίβεια των ερωτηματολογίων και να προσλάβουν αυτά την τελική τους μορφή. Η μετάφραση στα Φαρσί έγινε από πιστοποιημένο μεταφραστικό γραφείο.

- Η ανωνυμία και το απόρρητο των προσφύγων που συμμετείχαν εξασφαλίστηκε μέσω της μορφής των ερωτηματολογίων τα οποία ήταν ανώνυμα. Μετά τη συμπλήρωση τους από τον/ην εκάστοτε ερωτηθέντα, το ερωτηματολόγιο σφραγίζονταν από τον ίδιο/α σε φάκελο ο οποίος είχε δοθεί από τον ερευνητή και προστίθεντο μαζί με τα υπόλοιπα. Διανεμήθηκαν σε 76 πρόσφυγες του Προγράμματος Στέγασης του Δήμου Αθηναίων και η παραλαβή τους έγινε είτε από τον ερευνητή είτε από συναδέλφους του Προγράμματος οι οποίοι είχαν υπ' ευθύνη τους συγκεκριμένους ωφελούμενους. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων άρχισε στις 17/5/2018 και έληξε στις 12/12/2018. Μετά το πέρας της συλλογής του συνόλου των ερωτηματολογίων, ανοίχτηκαν όλοι οι φάκελοι. Ανταποκρίθηκαν

αποστέλλοντας συμπληρωμένα τα ερωτηματολόγια οι 62 από τους πρόσφυγες αυτούς (82,6%). Οι πρόσφυγες οι οποίοι δεν ανταποκρίθηκαν ήταν αυτοί που στο μεσοδιάστημα ανάμεσα στη διανομή των ερωτηματολογίων και τη συμπλήρωσή τους αναχώρησαν για χώρες εκτός Ελλάδας (οι 7) ή για άλλους λόγους (οι 4) που δεν ήταν εφικτό να διευκρινιστούν λόγω της ανωνυμίας των ερωτηματολογίων. Ακόμα 3 ερωτηματολόγια δε συμπεριλήφθηκαν λόγω μη επαρκούς συμπλήρωσης τους από τους ερωτηθέντες.

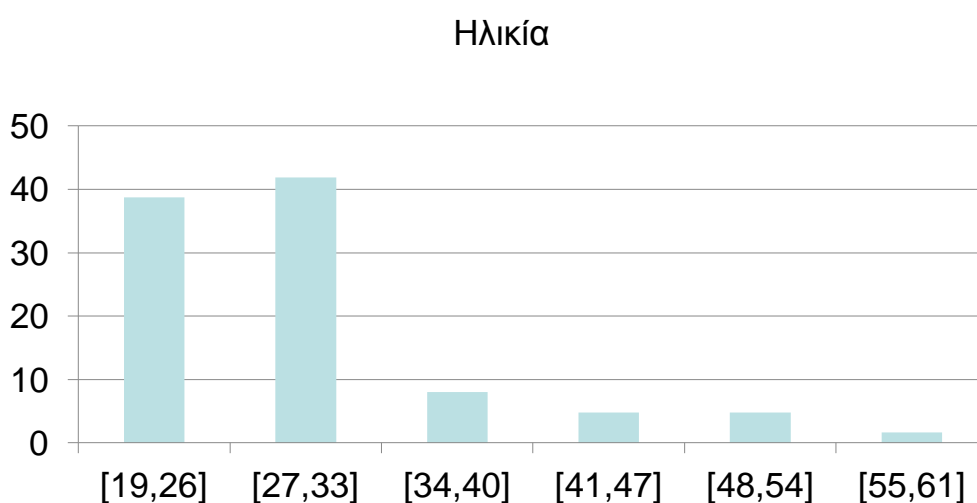
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Αποτελέσματα

Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που μελετήθηκε περιγράφονται παρακάτω:

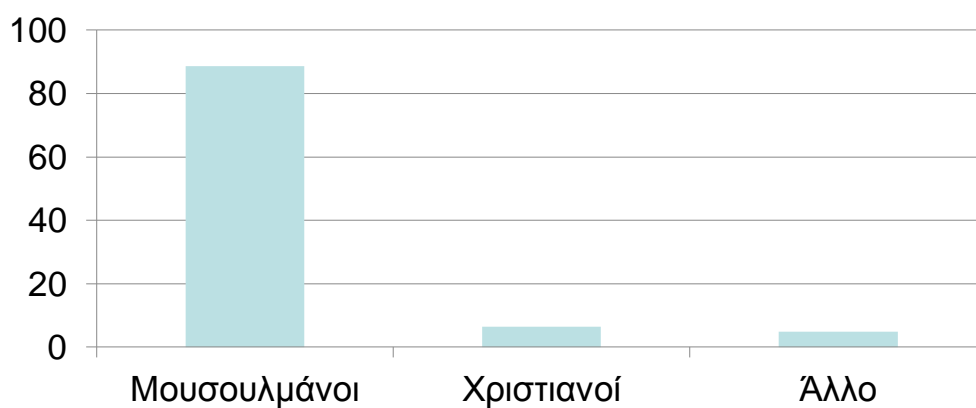
Χαρακτηριστικά του πληθυσμού των προσφύγων .

- **Ηλικία:** 19-55 ετών (29,36±8,03 έτη) (Εικόνα – 1).
- **Φύλο:** 36 (58%) άνδρες, 26 (42%) γυναίκες (Εικόνα – 2)
- **Χώρα καταγωγής:** Συρία 34 (54,8%), Ιράκ 9 (14,5%), Ιράν 5 (8,06%), Αφγανιστάν 14 (22,6%). (Εικόνα – 3)
- **Θρήσκευμα:** Μουσουλμανικού θρησκειύματος 55 (88,7%), Χριστιανικού 4 (6,4%), άλλης θρησκείας 3 (4,8%). (Εικόνα – 4)



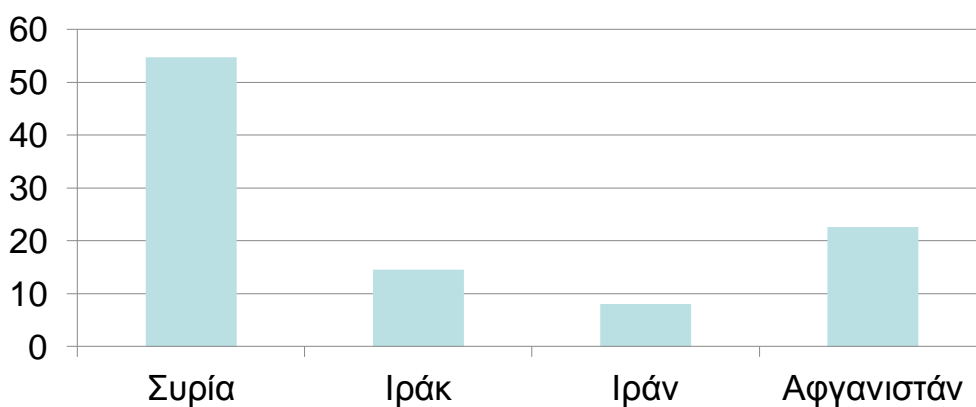
Εικόνα 1. Ηλικιακή κατανομή (% ποσοστό) στο σύνολο των προσφύγων

Θρήσκευμα

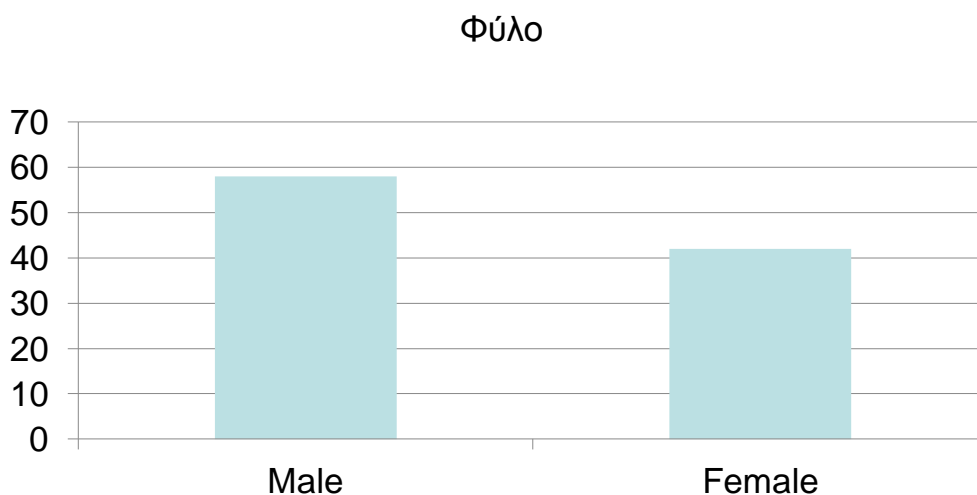


Εικόνα 2. Κατανομή ανάλογα με το θρήσκευμα (% ποσοστό) στο σύνολο των προσφύγων

Εθνικότητα



Εικόνα 3. Ποσοστό του συνόλου των προσφύγων ανάλογα με τη χώρα καταγωγής τους

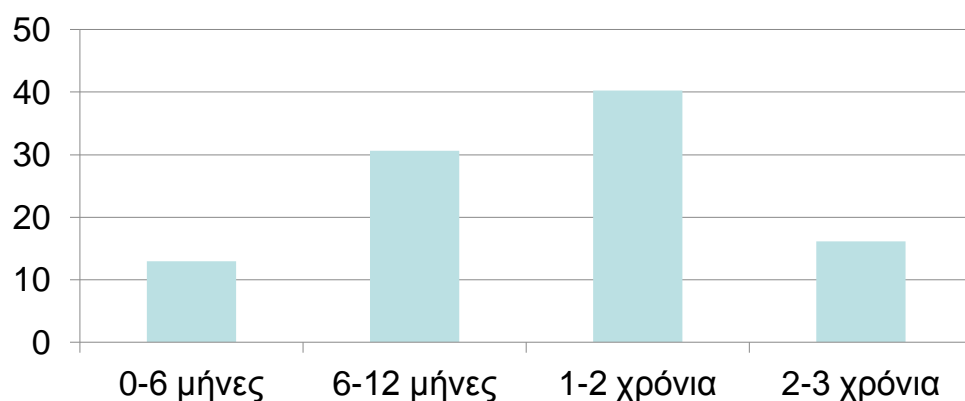


Εικόνα 4. Ποσοστό του συνόλου των προσφύγων ανάλογα με το φύλο
(M: άρρεν, F: θήλυ)

Διάρκεια διαμονής στην Ελλάδα

Η διάρκεια διαμονής τους στην Ελλάδα κατά την χρονική περίοδο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, κυμαίνονταν από ένα εξάμηνο ως μια τριετία.

- Οκτώ πρόσφυγες (12,9%) βρίσκονταν στην Ελλάδα από 0 έως 6 μήνες, 19 (30,6%) από 6 έως 12 μήνες, 25 (40,3%) από 1 έως 2 χρόνια και 10 (16,1%) από 2 ως 3 χρόνια (Εικόνα – 5).



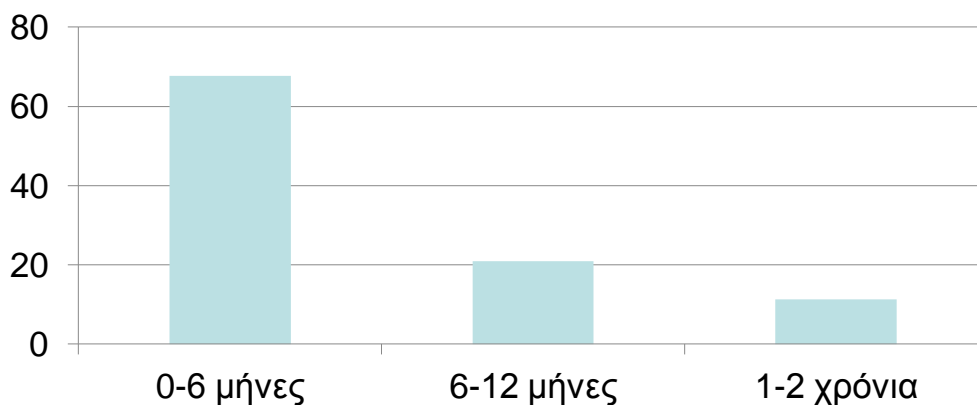
Εικόνα 5. Ποσοστό ανάλογα με τη διάρκεια παραμονής στην Ελλάδα στο σύνολο των προσφύγων

- Πριν την ένταξη τους στο Πρόγραμμα Στέγασης του Δήμου Αθηναίων 32 πρόσφυγες (51,6%) διέμεναν στην Ελλάδα από 0 έως 6 μήνες, 20 (32,2%) από 6 έως 12 μήνες, ενώ 10 (16,1%) 1 ως 2 χρόνια.

Διαμονή σε κέντρα φιλοξενίας προσφύγων

Διαμονή σε κέντρα φιλοξενίας προσφύγων (refugee camps) αναφέρθηκε από το σύνολο των προσφύγων κατά την άφιξη τους στην Ελλάδα.

- Η πλειονότητα, 42 πρόσφυγες (67,7%), διέμεινε σε τέτοια κέντρα για 0-6 μήνες, 13 (20,9%) για 6-12 μήνες και 7 (11,3%) για 1-2 χρόνια (Εικόνα-6). Στη συνέχεια 19 εξ αυτών (30,6%) διέμειναν σε ξενοδοχεία, τα οποία είχε μισθώσει η Ύπατη Αρμοστεία, για ένα χρονικό διάστημα έως 6 μήνες (εκτός ενός που έμεινε έως και ένα χρόνο).



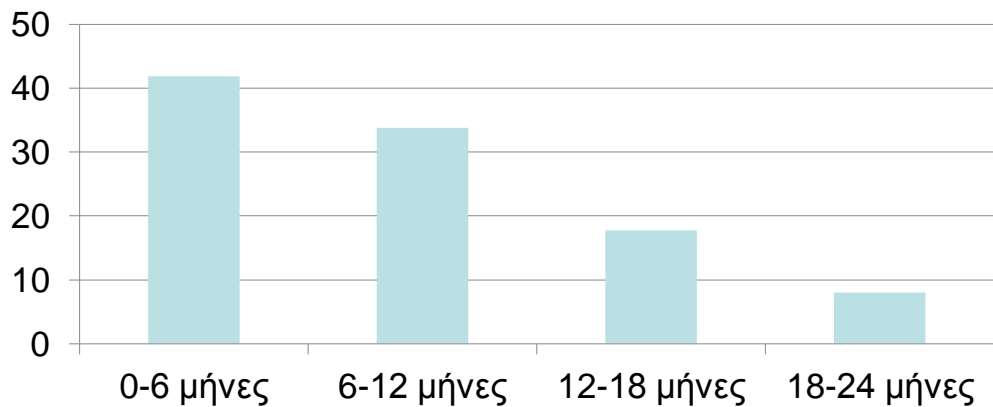
Εικόνα 6. Ποσοστό ανάλογα με τη διάρκεια παραμονής σε Κέντρα Φιλοξενίας πριν από το Πρόγραμμα Στέγασης στο σύνολο των προσφύγων.

- Οι 25 πρόσφυγες (40,3%) δήλωσαν πως είχαν περάσει ένα διάστημα αστεγίας. Οι 19 από αυτούς (76,6%) έμειναν άστεγοι μέχρι 6 μήνες και οι 6 (24%) για 6-12 μήνες.

Διάρκεια διαμονής τους στο Πρόγραμμα Στέγασης του Δήμου Αθηναίων

Η στέγαση αυτή πραγματοποιείται σε διαμερίσματα στο κέντρο της Αθήνας, τα οποία μισθώνονται από το Δήμο Αθηναίων με τη χρηματοδότηση της Ύπατης Αρμοστείας. Οι πρόσφυγες επιλέγονται με βάση κριτήρια ευαλωτότητας που εφαρμόστηκαν από την Ύπατη Αρμοστεία (οικογένειες, πρόσφυγες με σοβαρά προβλήματα σωματικής ή ψυχικής υγείας, πρόσφυγες που έχουν υποστεί διακρίσεις, κακομεταχείριση ή βασανιστήρια λόγω εθνικότητας, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων ή σεξουαλικού προσανατολισμού).

- Ως προς τη διάρκεια διαμονής τους στο Πρόγραμμα Στέγασης του Δήμου Αθηναίων την ημερομηνία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, αυτή κυμάνθηκε από ένα εξάμηνο ως μια διετία.
- Οι περισσότεροι, 26 πρόσφυγες (41,9%), βρίσκονταν σε διαμέρισμα για διάστημα έως 6 μήνες, οι 21 (33,8%) για 6 έως 12 μήνες, οι 11 (17,7%) για 12 έως 18 μήνες και οι υπόλοιποι 5 (8%) για 18-24 μήνες (Εικόνα – 7).



Εικόνα 7. Ποσοστό ανάλογα με τη διάρκεια διαμονής στο Πρόγραμμα Στέγασης στο σύνολο των προσφύγων.

Οικογενειακή τους κατάσταση

- Έγγαμοι ήταν οι 38 (61,2%), άγαμοι οι 18 (29%), διαζευγμένοι οι 2 (3,2%), και σε χηρεία οι 4 (6.4%).

Αποχωρισμός από την οικογένεια

Ορίζεται ως η κατάσταση διαβίωσης στην Ελλάδα προσφύγων χωρίς κάποιον/α ή όλα τα μέλη της πυρηνικής τους οικογένειας, την κατάσταση δηλαδή που δικαιολογεί την πιθανή έγκριση της οικογενειακής επανένωσης από την Ύπατη Αρμοστεία (θα γίνει εκτενέστερη αναφορά παρακάτω), και σημαίνει τον/ην σύζυγο ή τα ανήλικα τέκνα ενός ενήλικα πρόσφυγα. Τα αποχωρισθέντα μέλη βρίσκονται συνήθως στη χώρα καταγωγής, στην Ευρώπη ή εγκλωβισμένα σε κάποια ενδιάμεση χώρα διέλευσης στη διαδρομή τους για την Ευρώπη.

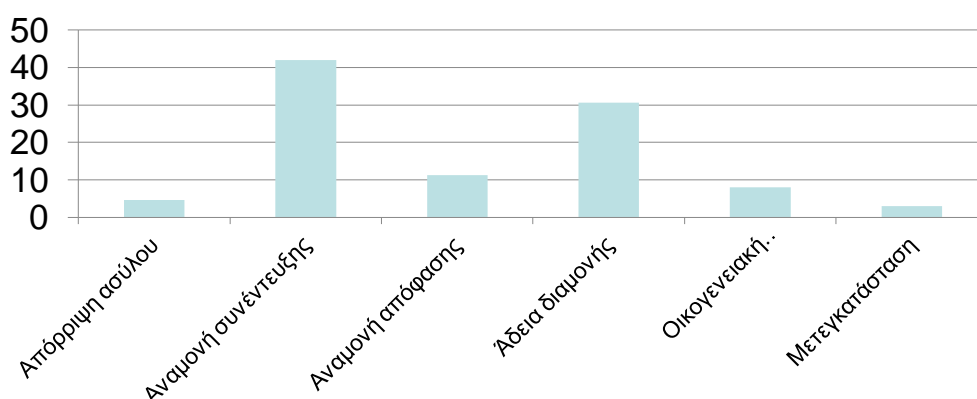
- Οι 11 πρόσφυγες (17,7%) ανέφεραν (στην περίοδο που γίνονταν η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων) αποχωρισμό από την οικογένεια.
- Από τους 11 αυτούς πρόσφυγες οι 6 βρίσκονταν μακριά από τα παιδιά τους, οι 2 από τους/τις συζύγους τους και οι 3 και από τα παιδιά και τους/τις συζύγους τους.

- Σε 7 πρόσφυγες, τα μέλη αυτά βρίσκονταν σε κάποια ευρωπαϊκή χώρα και στους υπόλοιπους 4 στη χώρα καταγωγής.

Καθεστώς διαμονής τους στην Ελλάδα κατά την περίοδο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου

- Οι 26 από τους πρόσφυγες (42%) βρίσκονταν σε αναμονή για συνέντευξη από την Υπηρεσία Ασύλου η οποία θα καθορίσει το μέλλον τους στην Ελλάδα ή στην υπόλοιπη Ευρώπη. Οι 7 (11,3%) είχαν υποβληθεί σε συνέντευξη και ανέμεναν την απάντηση, μια διαδικασία η οποία μπορεί να απαιτήσει μήνες.
- Οι υπόλοιποι είχαν λάβει απάντηση. Για 19 από αυτούς (30,6%) είχε εγκριθεί η χορήγηση προσφυγικού ασύλου στην Ελλάδα και είχαν λάβει τριετή άδεια διαμονής. Απορριπτική απόφαση για άσυλο στην Ελλάδα είχαν 3 πρόσφυγες (4,8%). Αυτοί έχουν το δικαίωμα προσφυγής κατά της απόφασης και εν συνεχεία επανεξέτασης του αιτήματος παροχής ασύλου τους μετά από μια δεύτερη συνέντευξη. Σε περίπτωση όμως απορριπτικής απόφασης εκ νέου, η απόφαση αυτή είναι αμετάκλητη και ο πρόσφυγας που αιτείται ασύλου πρέπει να αποχωρήσει από τη χώρα (Προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας στην οδηγία 2013/33/ΕΕ).
- Δύο πρόσφυγες είχαν λάβει έγκριση για μετεγκατάσταση σε άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η διαδικασία αυτή πλέον έχει σταματήσει και οι χώρες της Ε.Ε., δε δέχονται πρόσφυγες από την Ελλάδα, (ουσιαστικά είχε ήδη σταματήσει κατά την περίοδο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και αυτές οι δύο περιπτώσεις είχαν λάβει την έγκριση μετεγκατάστασης πολλούς μήνες πριν και είχε καθυστερήσει η πραγματοποίησή της). Ο μόνος τρόπος πλέον να μείνει νόμιμα κάποιος/α πρόσφυγας σε χώρα της Ε.Ε., είναι αυτός της οικογενειακής επανένωσης, έγκριση της οποίας είχαν λάβει 5 πρόσφυγες (8%) και ανέμεναν την πραγματοποίησή της. Η οικογενειακή επανένωση, στην περίπτωση ενός ενήλικα, προβλέπεται μόνο με τον/την σύζυγο και τα ανήλικα τέκνα. Επανένωση με άλλον ενήλικα πέραν του συζύγου, επιτρέπεται σύμφωνα με Οδηγία 2003/86/ΕΚ του Συμβουλίου, της 22ας Σεπτεμβρίου 2003, σχετικά με το δικαίωμα οικογενειακής επανένωσης(EEL 251 της 3.10.2003, σ. 12-18,) μόνο σε ειδικές περιπτώσεις (π.χ. με υπερήλικα γονέα ή αδερφό με σοβαρό πρόβλημα υγείας, κ.ά.). (Εικόνα – 8)

Καθεστώς διαμονής

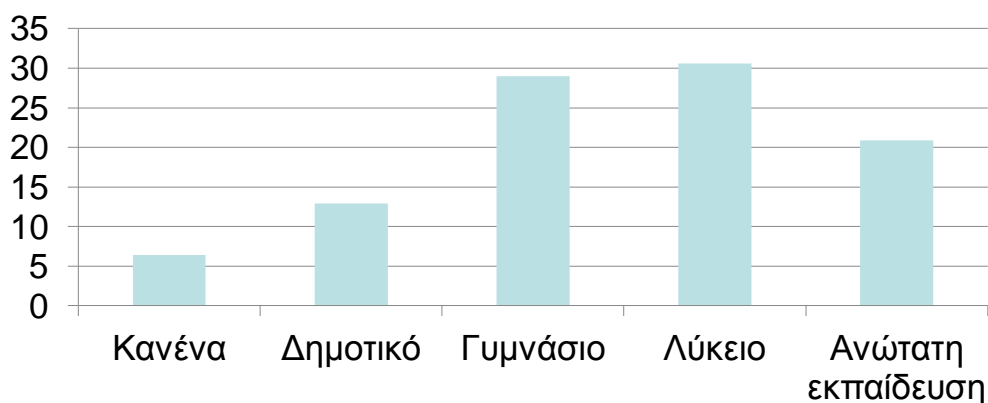


Εικόνα 8. Ποσοστό στο σύνολο των προσφύγων ανάλογα με το καθεστώς διαμονής υπό το οποίο βρίσκονταν στην Ελλάδα την περίοδο χορήγησης του ερωτηματολογίου

Επίπεδο εκπαίδευσης

- 4 πρόσφυγες (6,4%) ανέφεραν πως δεν είχαν πάει καθόλου σε σχολείο, 8 (12,9%) είχαν εκπαίδευση δημοτικού, 18 (29%) γυμνασίου, 19 (30,6%) λυκείου, και 13 (20,9%) ήταν απόφοιτοι ανώτατης εκπαίδευσης (Εικόνα – 9).

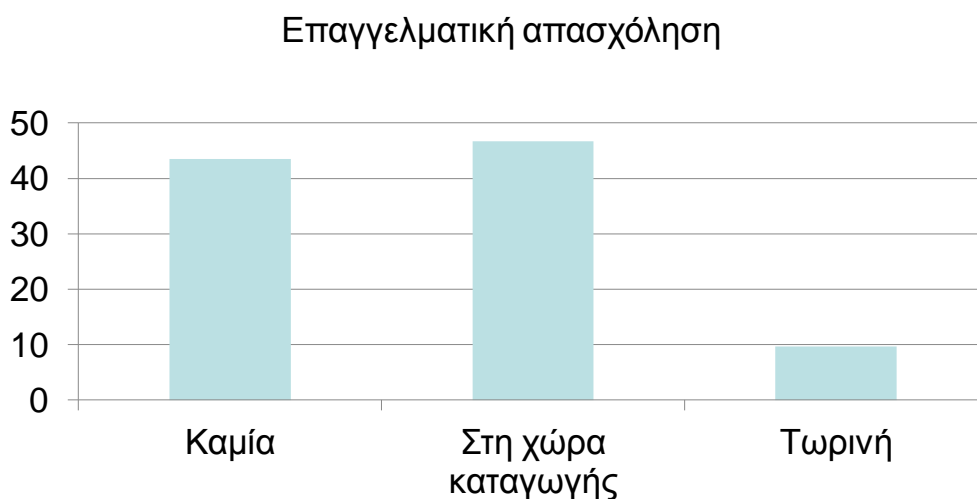
Επίπεδο εκπαίδευσης



Εικόνα 9. Ποσοστό ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης στο σύνολο των προσφύγων

Επαγγελματική απασχόληση

- Μη επαγγελματική εμπειρία κατά τη διάρκεια της ζωής τους αναφέρθηκε από 27 πρόσφυγες (43,5%).
- Εργασιακή εμπειρία στη χώρα καταγωγής τους αναφέρανε 29 πρόσφυγες (46,7%), ενώ 6 από τους ερωτηθέντες εργάζονταν κατά την ημερομηνία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (Εικόνα – 9).



Εικόνα 9. Ποσοστό ανάλογα με την επαγγελματική απασχόληση στο σύνολο των προσφύγων

Το μεγάλο ποσοστό έλλειψης εργασιακής εμπειρίας οφείλεται πιθανόν σε διάφορους παράγοντες όπως το υψηλό ποσοστό της συμμετοχής γυναικών και το νεαρό της ηλικίας. Οι γυναίκες πρόσφυγες της μελέτης, παραδοσιακά είχαν πρωτίστως το ρόλο της νοικοκυράς και μητέρας. Ως εκ τούτου, δεν εργάζονταν ή εργάζονταν άτυπα σε αγροτικές ή κτηνοτροφικές κυρίως εργασίες στις χώρες καταγωγής τους. Η εικόνα αυτή δεν αντιπροσωπεύει το σύνολο των γυναικών με καταγωγή από τις χώρες αυτές, αντικατοπτρίζει ωστόσο ένα υψηλό ποσοστό γυναικών από επαρχιακές και ορεινές κυρίως περιοχές.

Σχετικά με το νεαρό της ηλικίας, πρέπει να αναφερθεί ότι πολλοί από τους νεαρής ηλικίας πρόσφυγες, λόγω πολεμικών συγκρούσεων στις χώρες καταγωγής τους, δεν κατάφεραν να ολοκληρώσουν την εκπαίδευση τους και να ενταχθούν στην αγορά εργασίας. Πρόσφυγες με ηλικία κοντά στα 20 έτη, έχουν περάσει τα τελευταία χρόνια της ζωής τους στο προσφυγικό ταξίδι, με συνεχείς μετακινήσεις και αλλαγές στις συνθήκες ζωής. Κάποιοι αναφέρουν θητεία στον στρατό για διάρκεια ετών λόγω πολέμου, άλλοι ότι υποφέρουν για χρόνια από σοβαρά ψυχικά τραύματα ή αναπηρίες, ενώ υπάρχουν και νέοι/ες

οι οποίοι/ες, αν και είχαν τα απαραίτητα εφόδια για να εργαστούν, οι πόλεις που διέμεναν είχαν υποστεί σημαντικές καταστροφές οπότε ήταν εξαιρετικά δύσκολο ή αδύνατο.

Προσπάθεια εκμάθησης ξένης γλώσσας

- Συνήθως ελληνικών ή αγγλικών, κατά τη διάρκεια της διαμονής τους στην Ελλάδα, αναφέρθηκε από 45 πρόσφυγες (72%).

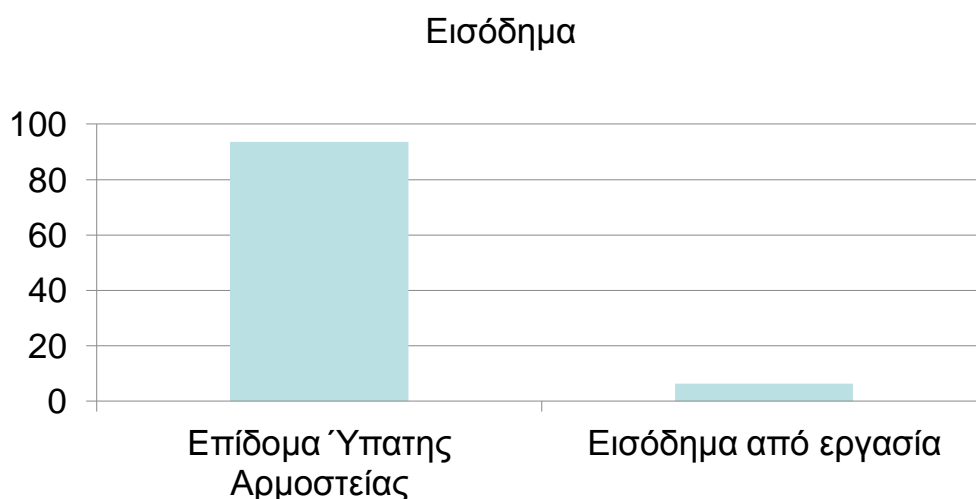
Το ποσοστό αυτό δεν αντιπροσωπεύει την γλωσσική τους επάρκεια στις γλώσσες αυτές. Αυτό οφείλεται σε ποικίλους παράγοντες. Κάποιοι πρόσφυγες δεν έχουν την απαιτούμενη για αυτό ψυχική ηρεμία λόγω της παρουσίας στρεσογόνων συνθηκών στην καθημερινή τους ζωή ή ισχυρό κίνητρο λόγω της προσδοκίας αναχώρησης από την Ελλάδα σε βραχύ ή μακρόχρονο διάστημα. Επίσης, η γλώσσα τους διαφέρει σημαντικά από τα ελληνικά ή τα αγγλικά, κάτι που δυσχεραίνει αρκετά την προσπάθεια αυτή, ειδικά προκειμένου για πρόσφυγες μεγαλύτερης ηλικίας που δεν έτυχαν συστηματικής εκπαίδευσης στη χώρα καταγωγής τους. Ακόμα τα μαθήματα αυτά επηρεάζονται δυσμενώς από την ελλιπή οργάνωση και χρηματοδότηση των δομών που τα οργανώνουν με αποτέλεσμα πολλές φορές να τερματίζονται πρώιμα, μετά πολύ σύντομο χρονικό διάστημα από την έναρξή τους.

Προσπάθεια απόκτησης επαγγελματικών δεξιοτήτων κατά τη διάρκεια διαμονής στην Ελλάδα

- Η προσπάθεια απόκτησης επαγγελματικών δεξιοτήτων κατά τη διάρκεια διαμονής στην Ελλάδα αναφέρθηκε από 20 πρόσφυγες (32,2%). Η προσπάθεια αυτή επηρεάζεται δυσμενώς από την αδυναμία ή τη μη ικανοποιητική χρήση της ελληνικής γλώσσας και την ανυπαρξία εθνικού προγραμματισμού σχετικά με την εργασιακή ένταξη των προσφύγων, πέραν από προσπάθειες φορέων και οργανώσεων με περιορισμένες πολλές φορές δυνατότητες.

Οικονομικό εισόδημα

- Οι 58 πρόσφυγες είχαν ως εισόδημα μόνον το επίδομα της Ύπατης Αρμοστείας (93,5%) και οι 4 εισόδημα και από εργασία (6,4%) (Εικόνα – 10).



Εικόνα 10. Ποσοστό προέλευσης εισοδήματος κατά τη διάρκεια του Προγράμματος Στέγασης στο σύνολο των προσφύγων

Το επίδομα αυτό δίνεται μηνιαίως και λαμβάνεται από τους πρόσφυγες του Προγράμματος Στέγασης μέσω τραπεζής με κάρτα ανάληψης. Να σημειωθεί ότι οι πρόσφυγες που εργάζονται απασχολούνται συνήθως σε κάποια χειρωνακτική εργασία, με ιδιαίτερα χαμηλή αμοιβή και συχνά χωρίς ασφαλιστική κάλυψη.

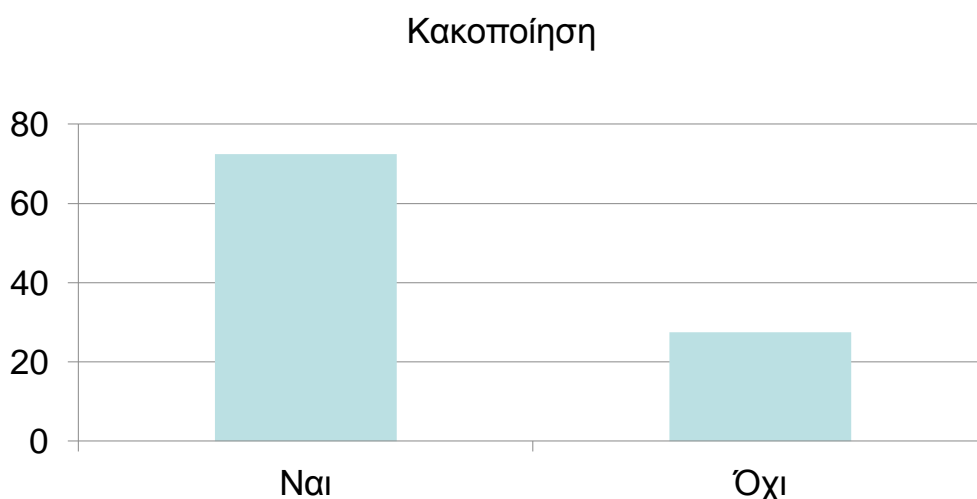
Σε καλύτερη θέση βρίσκονται όσοι λόγω γλωσσικής επάρκειας αγγλικών ή ελληνικών απασχολούνται ως διερμηνείς σε κάποια δομή προσφύγων. Ακόμα όμως και όσοι/ες βρίσκουν μια νόμιμη δουλειά, συναντούν διάφορα γραφειοκρατικά εμπόδια. Για παράδειγμα, 4 από τις μεγαλύτερες τράπεζες στην Ελλάδα αρνούνται να ανοίξουν τραπεζικό λογαριασμό σε πρόσφυγες, με πρόσχημα την αδυναμία ταυτοπροσωπίας, με αποτέλεσμα να είναι αδύνατη η μισθοδοσία μέσω της προβλεπόμενης οδού.

Παράγοντες που σχετίζονται με την παρουσία ψυχικού τραύματος

Κακοποίηση

Η μελέτη ασχολήθηκε ιδιαίτερα με την παρουσία ψυχικού τραύματος της ομάδας των προσφύγων που μελετήθηκε, πρώτιστα κακοποίησης.

- Κακοποίηση αναφέρθηκε από 45 πρόσφυγες (72,5%) (Εικόνα – 11). Σε 12 από αυτούς (26%) η κακοποίηση παρατηρήθηκε στη χώρα καταγωγής τους και οφείλονταν σε λόγους που είχαν να κάνουν με τη θρησκεία, τις πολιτικές πεποιθήσεις, την εθνική καταγωγή (όπως σε ομάδες μειονοτήτων π.χ. Κούρδοι), το σεξουαλικό προσανατολισμό ή και την παρουσία ακραίων παραδοσιακών πρακτικών (όπως κλειτοριδεκτομή).



Εικόνα 11. Ποσοστό με εμπειρία κακοποίησης στο σύνολο των προσφύγων

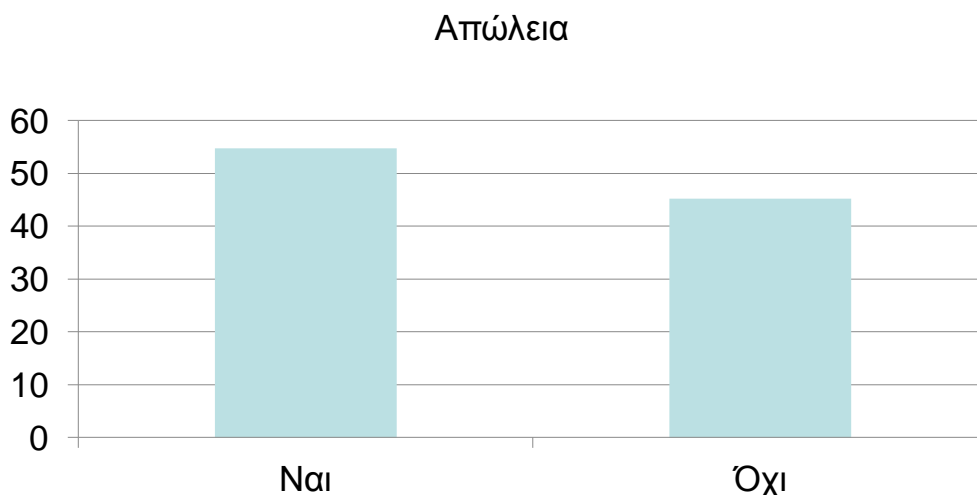
- Κακοποίηση σε χώρα ή χώρες στη διέλευσή προς την Ευρώπη αναφέρθηκε από 10 πρόσφυγες (21,7% των προσφύγων που ανέφεραν εμπειρία κακοποίησης). Αυτή ασκήθηκε πιθανόν από διακινητές ανθρώπων, άτομα που επιχείρησαν να τους εκμεταλλευτούν, συνοριοφύλακες ή εχθρικά προς αυτούς καθεστώτα.
- Επίσης 5 πρόσφυγες (10,8%) ανέφεραν κακοποίηση στην Ελλάδα. Στις περιπτώσεις αυτές η κακοποίηση συνήθως συμβαίνει σε κάποιο κέντρο φιλοξενίας προσφύγων, λόγω του μεγάλου συνωστισμού από

ομάδες προσφύγων διαφορετικής εθνικότητας σε συνδυασμό πιθανόν με ρατσιστικές συμπεριφορές (από τον πληθυσμό της περιοχής ή υπαλλήλους των σωμάτων ασφαλείας).

- Μεγάλος αριθμός προσφύγων [19 πρόσφυγες (το 42% των προσφύγων που ανέφεραν εμπειρία κακοποίησης)] δήλωσε περισσότερα από ένα επεισόδια κακοποίησης σε περισσότερες από μία χώρες, με πιθανότερο συνδυασμό τη χώρα καταγωγής και τη χώρα διέλευσης (από 9 πρόσφυγες, 19,5% των προσφύγων που ανέφεραν εμπειρία κακοποίησης).
- Λεκτική κακοποίηση αναφέρθηκε από 14 πρόσφυγες, σωματική κακοποίηση από 23 και σεξουαλική κακοποίηση από 4 (το 30,4%, το 50% και το 8% των προσφύγων που αναφέρανε εμπειρία κακοποίησης, αντίστοιχα). Επίσης 4 πρόσφυγες (8%) ανέφεραν συνδυασμό λεκτικής/σωματικής/σεξουαλικής κακοποίησης.

Απώλεια σημαντικών προσώπων.

Στο ερώτημα σχετικά με την απώλεια ενός ή περισσότερων σημαντικών προσώπων την τελευταία τριετία πριν την ημερομηνία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, 34 πρόσφυγες (54,8%) απάντησαν θετικά (Εικόνα – 12).



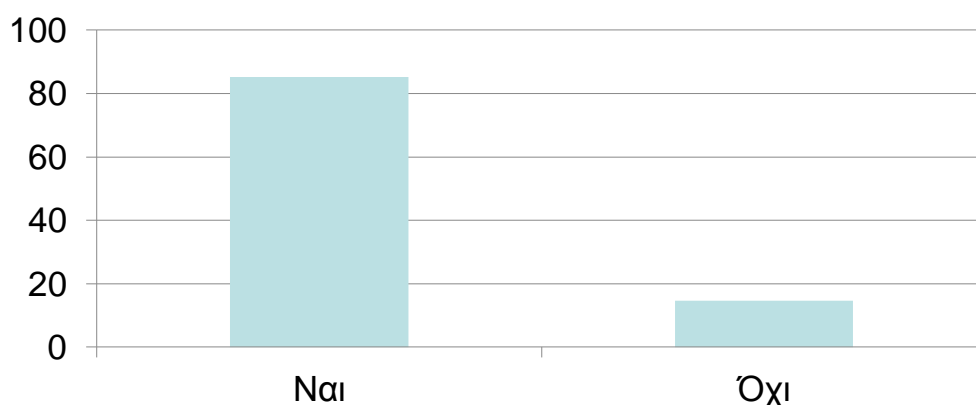
Εικόνα 12. Ποσοστό των προσφύγων (στο σύνολο) που απώλεσαν σημαντικό για αυτούς πρόσωπο (πρόσωπα) την τελευταία τριετία

- Η πλειονότητα των προσφύγων αυτών [29 πρόσφυγες (85% των προσφύγων που απάντησαν ότι απώλεσαν κάποιον σημαντικό άλλον)] απώλεσαν το άτομο αυτό στη χώρα καταγωγής. Αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο σε πολεμικές συρράξεις ή/και σε τρομοκρατικά χτυπήματα με συνέπεια την ελλιπή ιατροφαρμακευτική κάλυψη περιοχών με σημαντική καταστροφή σημαντικού τμήματος των δημόσιων υποδομών και υπηρεσιών.
- Δύο πρόσφυγες (5,8%) δήλωσαν απώλεια σε χώρα διέλευσης και άλλοι δύο (5,8%) στην Ελλάδα. Στις περιπτώσεις αυτές ο θάνατος μπορεί να επέλθει ως αποτέλεσμα του επικίνδυνου προσφυγικού ταξιδιού, ειδικά για άτομα υπερήλικα ή με κάποια σοβαρή πάθηση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα κινδύνου είναι οι βάρκες με τις οποίες μεταβαίνουν από την Τουρκία στα ελληνικά νησιά (οι «βάρκες του θανάτου» όπως τις αποκαλούν οι ίδιοι) ή η διέλευση των ελληνοτουρκικών συνόρων στον ποταμό Έβρο. Τέλος, ένας πρόσφυγας δήλωσε απώλεια δύο σημαντικών για αυτόν προσώπων, σε διαφορετικές περιοχές στην προσπάθεια να φτάσουν στην Ελλάδα.
- Ως προς το πρόσωπο που απώλεσαν, 9 πρόσφυγες (το 26,4% των προσφύγων που απάντησαν ότι απώλεσαν κάποιον σημαντικό άλλον) ανέφεραν ότι ήταν κάποιος/κάποια από τους γονείς. 4 πρόσφυγες (11,7%) δήλωσαν ότι έχασαν τον/ην σύζυγο, 6 (17,6%) αδερφό/ή, 7 πρόσφυγες (20,5%) φιλικό πρόσωπο, 4 πρόσφυγες (11,7%) τέκνο και 2 (5,8%) άλλο πρόσωπο, ενώ από έναν πρόσφυγα (2,9%) αναφέρθηκε απώλεια γονέα και φιλικού προσώπου.

Εμπειρία κατά την οποία κινδύνεψε η ζωή των προσφύγων

Μεγάλος αριθμός των προσφύγων (53 πρόσφυγες, το 85,4%) ανέφεραν ότι βίωσαν κάποια εμπειρία κατά την οποία κινδύνεψε η ζωή τους (Εικόνα – 13), με 16 από αυτούς (30,1%) να δηλώνει ότι βίωσαν την εμπειρία αυτήν στη χώρα καταγωγής τους. Οι εμπειρίες αυτές σχετίζονταν με το ρόλο τους ως συμμετεχόντων ή αμάχων σε πολεμικές συρράξεις ή τρομοκρατικά χτυπήματα ή/και ως θύματα βασανιστηρίων διωκόμενοι από πολιτικά καθεστώτα ή φονταμενταλιστές.

Εμπειρία κινδύνου

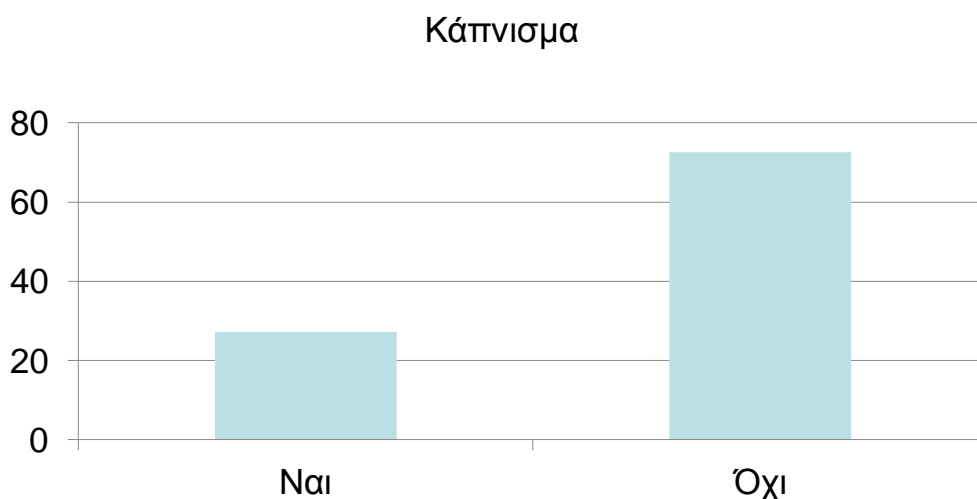


Εικόνα 13. Ποσοστό στο σύνολο των προσφύγων με εμπειρία στην οποία κινδύνεψε η ζωή τους

- Υπήρξαν 14 πρόσφυγες (26,4%) που βίωσαν τον κίνδυνο σε κάποια χώρα διέλευσης, ως συνέπεια των εμποδίων που αντιμετωπίζουν στη διαδρομή, όπως μεταφορά με επικίνδυνα χερσαία ή θαλάσσια μέσα μεταφοράς, έκθεση σε ακραία καιρικά φαινόμενα, ναρκοπέδια, καθώς και πραγματικά πυρά από συνοριοφύλακες.
- Από δύο πρόσφυγες (3,77%) αναφέρθηκε παρόμοια εμπειρία στην Ελλάδα. Αυτό μπορεί να συνέβη στην προσπάθειά τους να προσεγγίσουν την Ελλάδα μέσω θαλάσσης, σε κάποιο κέντρο φιλοξενίας προσφύγων ή και σε αστικό κέντρο. Υπάρχουν περιπτώσεις συγκρούσεων μεταξύ προσφύγων εξαιτίας εθνικότητας καθώς και πολιτικής ένταξης ή θρησκείας.
- Ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι οι περισσότεροι [21 πρόσφυγες (το 39,6% αυτών με εμπειρία σε κίνδυνο για τη ζωή τους)], δήλωσαν ότι κινδύνεψε η ζωή τους παραπάνω από μία φορές σε περισσότερες από μία χώρες, πρώτιστα στη χώρα καταγωγής σε συνδυασμό με κάποια ή κάποιες από τις χώρες διέλευσης μέχρι να φτάσουν στην Ελλάδα (σε 14 πρόσφυγες, 26,4%).

Κάπνισμα

Κάπνισμα αναφέρθηκε από 17 πρόσφυγες (27,4%) (Εικόνα – 14), ποσοστό παρόμοιο με αυτό (27%) του ελληνικού πληθυσμού [OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels]. Να σημειωθεί ότι μόνο μία γυναίκα πρόσφυγας ανέφερε ότι κάπνιζε. Αυτό ίσως οφείλεται στην διαφορετική κουλτούρα της χώρας καταγωγής, στις οποίες πολλές φορές το κάπνισμα θεωρείται σχεδόν αποκλειστικά συνήθεια των ανδρών. Δεν μπορούμε να αποκλείσουμε ότι λόγω της κουλτούρας αυτής, κάποιες καπνίστριες να απέκρυψαν ότι κάπνιζαν, αν και είχαν βεβαιωθεί για την ανωνυμία και το απόρρητο της έρευνας.



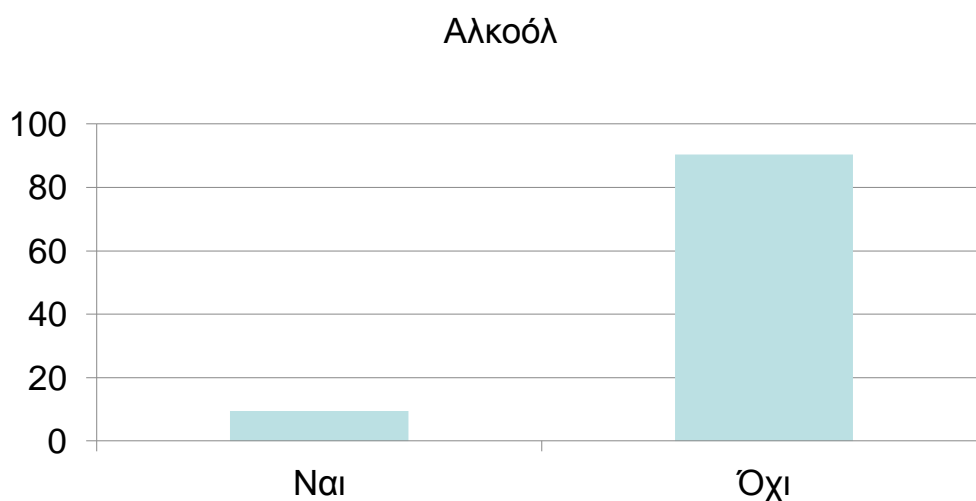
Εικόνα 14. Ποσοστό καπνιστών στο σύνολο των προσφύγων

- Ο αριθμός των τσιγάρων κυμαίνονταν από 4 ως 40 τσιγάρα ημερησίως, με τους 6 πρόσφυγες καπνιστές να αναφέρουν ότι καπνίζουν ένα πακέτο την ημέρα (20 τσιγάρα). Επίσης ο αριθμός πακέτων/έτη κυμαίνονταν από 3 έως 20, με την πλειονότητα να αναφέρει ότι κάπνιζε 6-10 έτη.

Κατανάλωση αλκοόλ

- Αναφέρθηκε από 6 πρόσφυγες (9,6%), αλλά μόνο ο ένας δήλωσε καθημερινή χρήση και κατανάλωση 10 ποτών εβδομαδιαίως (Εικόνα - 15).

Γενικά οι πρόσφυγες με καταγωγή από τις χώρες αυτές, αποφεύγουν το αλκοόλ λόγω κουλτούρας, θρησκείας και συνήθειας καθώς στις χώρες τους δεν είναι ευρέως διαθέσιμο, αν και σε περιπτώσεις που ξεκινούν την κατανάλωση μπορεί να προβούν σε κατάχρηση λόγω επιβαρυντικών παραγόντων της καθημερινής τους ζωής, κάτι που ωστόσο δε διαπιστώθηκε στους πρόσφυγες που μελετήθηκαν.



Εικόνα 15. Ποσοστό με κατανάλωση αλκοόλ στο σύνολο των προσφύγων

Χρήση ναρκωτικών ουσιών

Χρήση ναρκωτικών ουσιών αναφέρθηκε από 5 πρόσφυγες (8,06%).

Φύλο: Ήταν όλοι άρρενες.

Ηλικία: 21-29 ετών (25±3,4 έτη).

Οικογενειακή κατάσταση: Ήταν και οι 5 άγαμοι.

Εθνικότητα: Οι 2 ήταν Σύριοι, οι 2 Αφγανοί και ο ένας Ιρακινός.

Επεξηγείται στο ερωτηματολόγιο ότι ως ναρκωτικές ουσίες εννοούνται οποιοσδήποτε παράνομες ναρκωτικές ουσίες ή νόμιμες ιατρικές ψυχοτρόπες ουσίες (αντικαταθλιπτικά, αγχολυτικά, ηρεμιστικά) που λαμβάνονται χωρίς να έχουν συνταγογραφηθεί από ιατρό.

- **Ουσία (ουσίες) χρήσης:** Οι τρεις ανέφεραν την κάνναβη, ο ένας την ηρωίνη, ενώ υπήρξε και ένας πολυτοξικομανής που ανέφερε χρήση ψυχεδελικών ουσιών, ψυχοτρόπων φαρμάκων και άλλων που δεν προσδιόρισε. Δύο από τους τρεις χρήστες κάνναβης, έκαναν χρήση κάνναβης και στη χώρα καταγωγής τους, ενώ ο τρίτος άρχισε τη χρήση στην Ελλάδα. Ο χρήστης ηρωίνης έκανε χρήση οπίου στη χώρα του ενώ ο πολυτοξικομανής ψυχοτρόπα φάρμακα, όπιο και εισπνεόμενα.
- **Διάρκεια χρήσης στο Πρόγραμμα Στέγασης:** σε δύο ήταν 0-6 μήνες και σε τρεις 6-12 μήνες.
- **Διάρκεια χρήσης πριν τη διαμονή τους στο Πρόγραμμα Στέγασης:** σε δύο πρόσφυγες η διάρκεια χρήσης ήταν ένα εξάμηνο, σε έναν μια διετία και σε έναν άλλο περισσότερο της διετίας.
- **Συχνότητα χρήσης την εβδομάδα:** από τους πρόσφυγες που έκαναν χρήση στην Ελλάδα κατά τη διαμονή τους στο Πρόγραμμα Στέγασης, ο ένας (με κάνναβη) έκανε 3-4 φορές, τρεις (δύο με κάνναβη και ένας με ψυχοτρόπες ουσίες) 4-5 φορές και ένας (με ηρωίνη) μια φορά την εβδομάδα.
- **Βαθμός βαρύτητας των προβλημάτων που απορρέουν από τη χρήση των ναρκωτικών ουσιών , σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο Dast -10:** στους 5 πρόσφυγες που έκαναν χρήση στη διάρκεια της διαμονής στο πρόγραμμα στέγασης, σε έναν χρήστη πρόσφυγα αυτός ήταν μηδαμινός (κάνναβη), σε δύο χαμηλός (κάνναβη), σε έναν μέτριος (ηρωίνη) και σε άλλον ένα σημαντικός (ψυχεδελικές ουσίες, ψυχοτρόπα φάρμακα και άλλα ναρκωτικά).

Υπήρξαν δύο άλλοι πρόσφυγες (αμφότεροι άρρενες) που απάντησαν αρνητικά στη χρήση ουσιών στη διάρκεια της διαμονής τους στην Ελλάδα, ανέφεραν ωστόσο χρήση στη χώρα καταγωγής τους. Ο ένας δήλωσε χρήση οπίου με διάρκεια ενός εξαμήνου, ενώ ο δεύτερος ψυχεδελικών ουσιών και εισπνεόμενων χωρίς να αναφέρει διάρκεια χρήσης.

Θρήσκευμα: στους 5 ενεργούς χρήστες οι 4 ήταν μουσουλμανικού και ο ένας χριστιανικού θρησκευματος.

Αστεγία: αναφέρθηκε από 3, στους δύο για 6-12 μήνες και σε έναν ως ένα εξάμηνο.

Εκπαίδευση: οι 2 απόφοιτοι λυκείου, οι 2 γυμνασίου και ένας δημοτικού.

Επαγγελματική απασχόληση: οι δύο ανέφεραν ότι δεν είχαν επαγγελματική εμπειρία στο παρελθόν, οι δύο είχαν επαγγελματική εμπειρία στη χώρα

καταγωγής τους και ένας απασχολείται επαγγελματικά και στη διάρκεια του προγράμματος.

Προσπάθεια εκμάθησης ξένης γλώσσας: αναφέρθηκε από 4 πρόσφυγες ενώ προσπάθεια απόκτησης επαγγελματικών δεξιοτήτων από 2.

Καθεστώς παραμονής στην Ελλάδα: οι 3 ανέφεραν ότι βρίσκονται σε αναμονή συνέντευξης και 2 ότι έχουν αποκτήσει άδεια διαμονής.

Κάπνισμα: αναφέρθηκε από 4 πρόσφυγες.

Κατανάλωση αλκοόλ: από έναν πρόσφυγα στη διάρκεια της διαμονής του στο Πρόγραμμα Στέγασης και από έναν άλλο μόνο στη χώρα καταγωγής του.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το ότι στους 5 πρόσφυγες οι οποίοι έκαναν χρήση στη διάρκεια διαμονής στο πρόγραμμα στέγασης, οι 4 (75%) ανέφεραν χρήση και στη χώρα καταγωγής τους, οι 3 (66,6%) απώλεια σημαντικών για αυτούς προσώπων και όλοι (100%) εμπειρία κακοποίησης (δύο σεξουαλικά/σωματικά, δύο σωματικά και ένας λεκτικά) καθώς και εμπειρία κατά την οποία κινδύνεψε η ζωή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Συζήτηση

4.1 Συμπεράσματα που προέκυψαν από την παρούσα εργασία

Στη μελέτη αυτή στην οποία περιλήφθηκαν τα επαρκώς συμπληρωμένα ερωτηματολόγια 62 προσφύγων (από 75 πρόσφυγες, ποσοστό ανταπόκρισης 82,6%) του Προγράμματος Στέγασης του Δήμου Αθηναίων, παρά το γεγονός ότι χρήση ναρκωτικών ουσιών αναφέρθηκε μόνο από 5 πρόσφυγες (ποσοστό 8,06%) και συγκριτικά με το σύνολο των προσφύγων, θα μπορούσε να αναφερθούν τα παρακάτω:

- Σχετικά με το φύλο, ήταν όλοι άρρενες (στο σύνολο των προσφύγων άρρενες ήταν το 58%).
- Σχετικά με την ηλικία, οι πρόσφυγες αυτοί ήταν ηλικίας 21-29 ετών ($25\pm 3,4$ έτη έναντι $29,36\pm 8,03$ έτη στο σύνολο των προσφύγων, χωρίς σημαντική διαφορά).
- Σχετικά με τη χώρα καταγωγής, οι 2 ήταν Σύριοι, οι 2 Αφγανοί και ο ένας Ιρακινός (χωρίς σημαντική διαφορά συγκριτικά με το σύνολο των προσφύγων).
- Σχετικά με το θρήσκευμα που δηλώθηκε οι 4 ήταν μουσουλμανικού και ο ένας χριστιανικού θρησκεύματος (χωρίς σημαντική διαφορά συγκριτικά με το σύνολο των προσφύγων).
- Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση ήταν και οι 5 άγαμοι (στο σύνολο των προσφύγων άγαμοι ήταν το 29%).
- Οι τρεις ανέφεραν αστεγία πριν την ένταξή τους στο Πρόγραμμα Στέγασης (στο σύνολο των προσφύγων αστεγία αναφέρθηκε στο 40,3%, χωρίς σημαντική διαφορά)
- Όλοι είχαν σχετικά χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης (2 απόφοιτοι λυκείου, 2 γυμνασίου και 1 δημοτικού), ακόμη και συγκριτικά με το σύνολο των προσφύγων.
- Σχετικά με την ουσία χρήσης, οι τρεις ανέφεραν τη χρήση κάνναβης (οι δύο άρχισαν τη χρήση στη χώρα καταγωγής τους και ο τρίτος στην Ελλάδα), ο ένας χρήστης ηρωίνης (έκανε χρήση οπίου στη χώρα του), ενώ υπήρξε και ένας πολυτοξικομανής που ανέφερε χρήση ψυχεδελικών ουσιών, ψυχοτρόπων φαρμάκων και άλλων τα οποία δεν προσδιόρισε. Αναφορικά με το βαθμό βαρύτητας των προβλημάτων που απορρέει από τη χρήση των ναρκωτικών ουσιών σε έναν χρήστη πρόσφυγα αυτός ήταν μηδαμινός (κάνναβη), σε δύο χαμηλός

(κάνναβη), σε έναν μέτριος (ηρωίνη) και σε άλλον ένα σημαντικός (ψυχεδελικές ουσίες, ψυχοτρόπα φάρμακα και άλλα ναρκωτικά).

- Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι οι 4 αναφέρουν χρήση και στη χώρα καταγωγής τους, οι 3 (66,6%) απώλεια σημαντικών για αυτούς προσώπων, και όλοι (100%) εμπειρία κακοποίησης (δύο σεξουαλικά/σωματικά, δύο σωματικά και ένας λεκτικά) συγκριτικά με το 72% του συνόλου των προσφύγων καθώς και εμπειρία κατά την οποία κινδύνεψε η ζωή τους (στο σύνολο των προσφύγων στο 85,4%, χωρίς σημαντική διαφορά).
- Σχετικά με το κάπνισμα, αυτό αναφέρθηκε από 4 από τους 5 αυτούς πρόσφυγες, συχνότερα συγκριτικά με το σύνολο των προσφύγων (27,4%), ενώ η κατανάλωση αλκοόλ από έναν πρόσφυγα στη διάρκεια της διαμονής του στο Πρόγραμμα Στέγασης και από έναν άλλο μόνο στη χώρα καταγωγής του, δε διέφερε συγκριτικά με το σύνολο των προσφύγων (9,6%).
- Σχετικά με την επαγγελματική απασχόληση οι δύο ανέφεραν ότι δεν είχαν επαγγελματική εμπειρία στο παρελθόν, οι δύο είχαν επαγγελματική εμπειρία στη χώρα καταγωγής τους και ένας απασχολείτο επαγγελματικά και κατά τη διάρκεια του προγράμματος (στο σύνολο των προσφύγων μη επαγγελματική εμπειρία κατά τη διάρκεια της ζωής τους αναφέρθηκε στο 43,5% και προηγούμενη εργασιακή εμπειρία στη χώρα καταγωγής τους ή στην Ελλάδα στο 46,7%, χωρίς σημαντική διαφορά).
- Σχετικά με το καθεστώς διαμονής τους στην Ελλάδα κατά την περίοδο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, οι 3 ανέφεραν ότι βρίσκονταν σε αναμονή συνέντευξης από την Υπηρεσία Ασύλου και 2 ότι είχαν αποκτήσει άδεια διαμονής (στο σύνολο των προσφύγων το 42% βρισκόταν σε αναμονή συνέντευξης και το 30,9% είχε αποκτήσει άδεια διαμονής, χωρίς σημαντική διαφορά).
- Απώλεια σημαντικού για αυτούς προσώπου ανέφεραν τρεις (στο σύνολο των προσφύγων το 54,8%, χωρίς σημαντική διαφορά).
- Κακοποίηση αναφέρθηκε από όλους (100%) (2 σεξουαλικά/σωματικά, 2 σωματικά και 1 λεκτικά), (στο σύνολο των προσφύγων το 72,5%,).
- Εμπειρία κατά την οποία κινδύνεψε η ζωή τους αναφέρθηκε και από τους 5 (100%), (στο σύνολο των προσφύγων το 85%, χωρίς σημαντική διαφορά).
- Σχετικά με την προσπάθεια εκμάθησης ξένης γλώσσας, αυτή αναφέρθηκε από 4 πρόσφυγες (στο σύνολο των προσφύγων στο 72%, χωρίς σημαντική διαφορά).

Ειδικότερα οι πρόσφυγες που ανέφεραν χρήση ουσιών συγκριτικά με το σύνολο των προσφύγων ήταν σε υψηλότερο ποσοστό άρρενες, άγαμοι,

καπνιστές, με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και με υψηλότερο ποσοστό κακοποίησης.

Παρακάτω θα αναφερθούμε στη σύγκριση των αποτελεσμάτων της μελέτης με τα αποτελέσματα από τις μελέτες στην Ελλάδα και από τη διεθνή βιβλιογραφία.

Όσον αφορά το ποσοστό των προσφύγων που έκαναν χρήση ουσιών, στη μελέτη Μετανάστευση και Εκτίμηση Αναγκών Μεταβατικού Κέντρου Mosaic του ΚΕΘΕΑ (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων) σε ομάδα 74 μεταναστών, τα 6 άτομα αυτά (ποσοστό 8,11%) απάντησαν θετικά στην κατάχρηση ουσιών. Αναλυτικότερα αναφέρθηκε στο 40% η χρήση αλκοόλ, στο 30% χασίς, στο 20% κοκαΐνης και στο 10% ηρωίνης, διεγερτικών ή αγχολυτικών χαπιών, παραισθησιογόνων ή εισπνεόμενων ουσιών.

Στη μελέτη το ποσοστό χρήσης ουσιών ήταν παρόμοιο (8,06%) με την πλειονότητα να δηλώνει χρήση κάνναβης (οι 3 από τους 5) και μόνο ένας ηρωίνης. Δηλαδή χωρίς σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο αυτών μελετών, αν και θα πρέπει να σημειωθεί ότι στην παρούσα έρευνα δεν συμπεριλαμβάνεται το αλκοόλ στις ουσίες των χρηστών.

Στη μελέτη των Marina Dalla και συν-2009 σε ομάδα 53 χρηστών ουσιών που συγκρίθηκε με 49 γηγενείς Έλληνες χρήστες ουσιών με βάση την πληροφορία από τα δεδομένα που συλλέχτηκαν στη Μονάδα Απεξάρτησης από Ναρκωτικά του Δημόσιου Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, σχετικά με την κατάσταση γάμου οι 18 χρήστες ήταν σε κατάσταση γάμου, οι 72 σε κατάσταση αγαμίας και οι 12 σε διάζευξη (17,5%, 69,9% και 11,9%, αντίστοιχα). Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, οι μετανάστες είχαν υψηλό ποσοστό απόκτησης πανεπιστημιακού πτυχίου (49%). Στην πλειονότητα των χρηστών γινόταν χρήση ηρωίνης (86,5%) και ακολουθούσε η χρήση της κοκαΐνης (6,7%) ή άλλων ουσιών όπως αμφεταμινών, βενζοδιαζεπινών, μαριχουάνας και χασίς (6,7%), με το 72,6% να αρχίζει με τη χρήση κάνναβης (14).

Συγκριτικά με αυτήν (14), η μελέτη έδειξε συχνότερα αγαμία, χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, παρόμοιο σχετικά ποσοστό επαγγελματικής απασχόλησης και χαμηλότερο ποσοστό χρήσης ηρωίνης (από έναν από τους πέντε πρόσφυγες με χρήση ουσιών). Οι διαφορές αυτές είναι αναμενόμενες λόγω του διαφορετικού δείγματος καθώς είναι λογικό τα άτομα που έχουν απευθυνθεί σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης να είναι ως επί το πλείστον χρήστες ηρωίνης.

Σχετικά με τα αποτελέσματα μελετών από τη βιβλιογραφία, σε ότι αφορά το ποσοστό στην εκτενή συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των Horyniak, D και συν-2016 (34), μέχρι το Σεπτέμβριο του 2015 το ποσοστό εξάρτησης από τη χρήση ουσιών εκτιμήθηκε στο 1%-20%, ενώ το ποσοστό χρήσης ουσιών εκτιμήθηκε στο 7%-44% (34,82-84).

Αναφορικά με το είδος των ουσιών που έκαναν χρήση οι πρόσφυγες:

Στη μελέτη των Salas-Wright CP και συν-2014 με τη χρήση του Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV σε ομάδα προσφύγων στις ΗΠΑ το ποσοστό χρήσης κάνναβης εκτιμήθηκε στο 4% και σε χαμηλότερο του 1% προκειμένου για τη χρήση κοκαΐνης, αμφεταμινών, οπιούχων/ηρωΐνης και παραισθησιογόνων ουσιών (85).

Σε μελέτη των Robertson AM και συν-2012 σε ομάδα αρρένων προσφύγων στο Μεξικό το ποσοστό αυτών που δοκίμασε τη χρήση νέων ουσιών, πρώτιστα ηρωΐνης, εκτιμήθηκε στο 16% (86). Σε κέντρα φιλοξενίας προσφύγων η χρήση αφορούσε πρώτιστα κάνναβη και κοκαΐνη και λιγότερο συχνά αμφεταμίνες (34,87,88).

Σχετικά με την ηλικία των προσφύγων που έκαναν χρήση ουσιών ήταν νεαρής ηλικίας [21-29 ετών ($25\pm 3,4$ έτη)] και όλοι άρρενος φύλου, διαπίστωση η οποία συμφωνεί με τα αναφερόμενα στη βιβλιογραφία (18).

Σχετικά με το φύλο, η επικράτηση του άρρενος φύλου στους πρόσφυγες με χρήση ουσιών αναφέρθηκε σε αριθμό μελετών από τη βιβλιογραφία (19, 19,89-93)

Σχετικά με το ποσοστό 72,5% των προσφύγων που ανέφεραν κακοποίηση αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με το αναφερόμενο από τη βιβλιογραφία υψηλό ποσοστό των προσφύγων που βίωσαν έντονο ψυχικό τραυματισμό (90,94,95).

Στη βιβλιογραφία αναφέρθηκε αυξημένο ποσοστό καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ ενώ στους 5 πρόσφυγες χρήστες της μελέτης το κάπνισμα τσιγάρων αναφέρθηκε από 4 και η κατανάλωση αλκοόλ μόνο από έναν. (89-95).

Ως εκ τούτου, θεωρήθηκε αναγκαίο να ολοκληρωθεί η αναφορά σχετικά με την χρήση και κατάχρηση ουσιών στους πρόσφυγες με απαραίτητες επισημάνσεις για την πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού.

4.2 Επισημάνσεις σχετικά με την πρόληψη και αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης του προσφυγικού πληθυσμού από ουσίες στις χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας

Ήδη από το 2007 αρκετές χώρες της Ε.Ε. διαχειρίζονται μεγάλα προσφυγικά κύματα. Αυτό δημιούργησε σημαντικά προβλήματα σχετικά με την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων.

Χρειάζεται να αναφερθεί ότι τα συμπεράσματα ερευνών σχετικά με την πρόσβαση στο Σύστημα Υγείας και τη χρήση ουσιών, επηρεάζουν παράγοντες όπως η χρήση διαφορετικών εργαλείων και ερωτηματολογίων, η χρονική περίοδος που έγιναν, η σύνθεση των πληθυσμών που μελετήθηκαν, καθώς και οι διαφορές σε πολιτιστικές αξίες και πρακτικές ή οι λόγοι μετανάστευσης μεταξύ των πληθυσμών των προσφύγων που κατέφυγαν σε χώρες της ΕΕ (96).

Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα είναι η συστηματική ανασκόπηση των Weaver και Roberts-2010 σε πρόσφυγες οι οποίοι αναγκάστηκαν μετά την άσκηση βίας να καταφύγουν σε χώρες της ΕΕ. Οι ερευνητές τονίζουν το γεγονός της ελλιπούς συλλογής των πληροφοριών σχετικά με τη σύνθεση του πληθυσμού των προσφύγων αυτών. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τη σημαντική ετερογένεια μεταξύ των ομάδων που μελετήθηκαν, καθιστά ανασφαλείς τις γενικεύσεις σχετικά με τις συμπεριφορές χρήσης και εξάρτησης καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι η «επιστημονική τεκμηρίωση (evidence base) είναι ιδιαίτερα ελλιπής και υπάρχει ανάγκη μεγαλύτερου αριθμού μελετών και βελτίωσης της μεθοδολογίας της έρευνας σχετικά με την επιβλαβή χρήση αλκοόλ σε άτομα που έχουν διωχθεί με βία από τη χώρα τους» (97).

Για τη βελτίωση των τρόπων πρόληψης και αντιμετώπισης των προβλημάτων του προσφυγικού πληθυσμού από ουσίες, είναι ανάγκη να επισημανθεί η αίσθηση απώλειας της κοινωνικής και πολιτιστικής ταυτότητας η οποία συνοδεύει τους πρόσφυγες στις χώρες φιλοξενίας. Το άγχος του αποχωρισμού και ο φόβος της απώλειας του υποστηρικτικού κοινωνικού συστήματος που πιθανόν να συνδυάζονται και με απώλεια της κοινωνικής και πολιτιστικής τους ταυτότητας συνοδεύουν τους πρόσφυγες για μεγάλο χρονικό διάστημα στη χώρα ή τις χώρες που καταφεύγουν και επηρεάζουν την προσπάθεια προσαρμογής (6). Η αποκοπή από το οικογενειακό, κοινωνικό/φιλικό, πολιτιστικό και πολιτικό περιβάλλον συμβαδίζει με μια αίσθηση απώλειας (26). Αν στη χώρα φιλοξενίας η προσαρμογή δε συνοδεύεται από σημαντική δυσκολία και έντονο άγχος αναπτύσσονται ικανοποιητικοί μηχανισμοί προσαρμογής, ενώ αντίθετα σε δύσκολη

προσαρμογή το άγχος αυξάνει και αναπτύσσονται έντονα αρνητικά συναισθήματα (98).

Επίσης πρέπει να εκτιμηθεί ιδιαίτερα το γεγονός ότι συχνά οι χρήστες ουσιών δεν το αναφέρουν στις υποστηρικτικές δομές της χώρας φιλοξενίας. Η χρήση ουσιών αποτελώντας συχνά κοινωνικό στίγμα οδηγεί σε απόκρυφή της από την οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον και τη διαιώνιση του προβλήματος (99). Συχνά τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών δεν αναφέρουν τα προβλήματα και τις επιπτώσεις από αυτή τη χρήση, λόγω των συνεπειών που πιθανόν να έχει, με αποτέλεσμα να μην αναζητούν βοήθεια από τις αρμόδιες υποστηρικτικές δομές της χώρας φιλοξενίας (100). Αισθάνονται συχνά έντονη ντροπή για τα προβλήματά τους και αναπτύσσουν συναισθήματα αδυναμίας, αγωνίας, φόβου, ενοχών, απομόνωσης και μοναξιάς (101). Αναπτύσσουν επίσης έντονη δυσπιστία και καχυποψία απέναντι στους άλλους η οποία ενισχύεται στην περίπτωση που οι επαγγελματίες υγείας έχουν αρνητική στάση, ιδιαίτερα όταν αυτό συνδυάζεται με την έλλειψη ειδικών γνώσεων αντιμετώπισης του δύσκολου και σύνθετου αυτού προβλήματος (102,103). Συχνά επίσης οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με άτομα που κάνουν κατάχρηση ουσιών εμφανίζουν άγχος και φόβο για την αντιμετώπιση προκλητικής ή επιθετικής συμπεριφοράς απέναντι τους με αποτέλεσμα να αποφεύγουν την επαφή (104-106). Η συγκεκριμένη στάση πιθανόν να γίνεται αντιληπτή από τους χρήστες αυτούς, γεγονός που οδηγεί ίσως στην ανάπτυξη επιθετικής ή προκλητικής συμπεριφοράς επιδεινώνοντας το όλο πρόβλημα (107).

Ιδιαίτερη σημασία έχει η εκτίμηση και αντιμετώπιση της μη ικανοποιητικής ενημέρωσης και πρόσβασης των χρηστών σε υπηρεσίες απεξάρτησης. Η ελλιπής ενημέρωση και πρόσβαση σε υπηρεσίες απεξάρτησης κατέστησαν τα άτομα από εθνικές μειονότητες περισσότερο ευάλωτα στη χρήση παράνομων ουσιών (22-25). Η μεγάλη διάρκεια της διαδικασίας απόκτησης της άδειας διαμονής σχετίστηκε με υψηλότερα ποσοστά χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας και απεξάρτησης που είναι ωστόσο χαμηλά σε σχέση με τον επιπολασμό των ψυχιατρικών διαταραχών που αντιμετωπίζουν (108). Αυτό οφείλεται μάλλον στο γεγονός της ανεπαρκούς διαθεσιμότητας εξειδικευμένου προσωπικού καθώς και μονάδων διάγνωσης και θεραπευτικής παρέμβασης για τις διαταραχές αυτές (109).

Επίσης, η δυσμενής κοινωνική κατάσταση των προσφύγων ή ατόμων προερχομένων από εθνικές μειονότητες, καθώς και οι διαφορές μεταξύ ομάδων μεταναστών ή ομάδων με ιδιαίτερο κοινωνικό υπόβαθρο, αποτέλεσαν τους σημαντικότερους παράγοντες (σημαντικότερους από τους γενετικούς ή τους φυλετικούς παράγοντες) σχετικά με τις επιπτώσεις της μετανάστευσης στην κατάσταση υγείας των προσφύγων (35).

Συχνά παραβλέπεται το γεγονός της συνύπαρξης της κατάχρησης ουσιών με την παρουσία διαταραχής μετατραυματικού στρες [post-traumatic stress disorder (PTSD)], η οποία απαιτεί την ταυτόχρονη αντιμετώπιση αμφοτέρων (110).

Οι απαγορευτικές πολιτικές κατά των ναρκωτικών στις χώρες μέλη της Ε.Ε. δε στοχεύουν στην αντιμετώπιση της χρήσης ναρκωτικών ουσιών από μετανάστες ή αιτούντες άσυλο, με μόνη μάλλον εξαίρεση τη χρήση khat. Η απόφαση απαγόρευσης της χρήσης του από την Ολλανδική κυβέρνηση το 2013 (96), όπως αναφέρθηκε σε αξιολόγηση το 2015, οδήγησε αφενός σε μείωση της χρήσης του, αφετέρου ωστόσο οδήγησε σε ενίσχυση της προβληματικής χρήσης της, σε μείωση της καθαρότητας σε συνδυασμό με αύξηση της τιμής της καθώς και αύξηση της συχνότητας κατάχρησης αλκοόλ (111,112).

Επιπροσθέτως, δεν έχουν αναπτύξει όλες οι χώρες υποδοχής προγράμματα αντιμετώπισης της χρήσης ναρκωτικών ουσιών στους πρόσφυγες. Μια πρόσφατη έρευνα του European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) σχετικά με την πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών ουσιών κατέληξε στο συμπέρασμα πως δεν είχαν αναπτύξει όλες οι χώρες της Ε.Ε. συγκεκριμένες παρεμβάσεις παρά το γεγονός ότι προτάθηκε στο σχεδιασμό αντιμετώπισης των εξαρτήσεων της Ε.Ε. την περίοδο 2009-2012 (113). Κίνητρο των παρεμβάσεων αποτελούσε η βελτίωση της πληροφόρησης των επαγγελματιών υγείας/πρόνοιας και του γενικού πληθυσμού σχετικά με ειδικές ευαλωτότητες, καθώς και των συνεπειών της κοινωνικής απομόνωσης και περιθωριοποίησης τους. Σε μια μεταγενέστερη αναφορά σχετικά με την προσπάθεια λήψης προληπτικών μέτρων επικεντρωμένη στους πρόσφυγες, κατέταξαν τις χώρες ως χώρες με πολύ έντονη (Κύπρος, Λουξεμβούργο και Νορβηγία), έντονη (Κροατία, Γερμανία, Ελλάδα, Ιταλία, και Ολλανδία), περιορισμένη (Αυστρία, Βέλγιο, Τσεχία, Γαλλία και Ηνωμένο Βασίλειο) και σπάνια προσπάθεια (Βουλγαρία, Εσθονία, Ιρλανδία, Λετονία, Λιθουανία και Σλοβακία). Διαπιστώθηκε ότι η προσπάθεια αυτή αφορούσε μάλλον τη χρήση ουσιών σε νεαρότερες ηλικίες (2).

Συγκεκριμένα ο Ploeg-2015 συνόψισε τα προβλήματα των πολιτικών αντιμετώπισης της χρήσης ουσιών, όπως αναφέρονται στις εκθέσεις του EMCDDA, στην έλλειψη μιας γενικότερης πολιτικής με στόχο τα ιδιαίτερα θέματα υγείας του προσφυγικού πληθυσμού, τα πολιτιστικά εμπόδια, τα προβλήματα γλωσσικής επικοινωνίας και τις διαφορετικές αντιλήψεις σχετικά με την έννοια της εξάρτησης, την ετοιμότητα και ικανότητα του προσωπικού στο να εργαστεί με πρόσφυγες, καθώς και την έλλειψη οικονομικών πόρων, την πληροφόρηση σχετικά με τα μοτίβα χρήσης ουσιών στους πρόσφυγες και τις προσπάθειες ενσωμάτωσης των προσφύγων (114).

Στο σύνολο όλα τα παραπάνω τονίζουν την περιορισμένη διαθεσιμότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας και απεξάρτησης για πρόσφυγες που έχουν υποστεί τραύμα ή εμφανίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, καθώς και την ανάγκη για περαιτέρω πληροφόρηση και έρευνα στις προσπάθειες θεραπείας και πρόληψης με την κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού που ασχολείται με την ανίχνευση και διάγνωση των καταστάσεων υγείας και της χρήσης ουσιών από τους πρόσφυγες. Οι υπηρεσίες υγείας με επαρκή γνώση και εμπειρία σχετικά με τη διαχείριση τέτοιων καταστάσεων και σεβασμό στην

πολιτισμική ταυτότητα των προσφύγων δίνουν τη δυνατότητα στους πρόσφυγες που κάνουν χρήση ουσιών να διερευνήσουν την επίδραση της κουλτούρας καταγωγής τους, του επιπολιτισμού, των διακρίσεων και του στιγματισμού στην ψυχική και σωματική τους υγεία, οδηγώντας στην καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων τους (48).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΝΟΨΗ

Στη μελέτη αυτή στην οποία περιελήφθησαν τα επαρκώς συμπληρωθέντα ερωτηματολόγια 62 προσφύγων (από 75 πρόσφυγες, ποσοστό ανταπόκρισης 82,6%) του Προγράμματος Στέγασης του Δήμου Αθηναίων, παρά το γεγονός ότι χρήση ναρκωτικών ουσιών αναφέρθηκε μόνο από 5 πρόσφυγες (ποσοστό 8,06%) συγκριτικά με το σύνολο των προσφύγων, θα μπορούσε να αναφερθούν τα παρακάτω:

- Σχετικά με το φύλο, ήταν όλοι άρρενες (στο σύνολο των προσφύγων άρρενες ήταν το 58%).
- Σχετικά με την ηλικία, οι πρόσφυγες αυτοί ήταν ηλικίας 21-29 ετών ($25\pm 3,4$ έτη έναντι $29,36\pm 8,03$ έτη στο σύνολο των προσφύγων, χωρίς σημαντική διαφορά).
- Σχετικά με τη χώρα καταγωγής, οι 2 ήταν Σύριοι, οι 2 Αφγανοί και ο ένας Ιρακινός (χωρίς σημαντική διαφορά συγκριτικά με το σύνολο των προσφύγων).
- Σχετικά με το θρήσκευμα που δηλώθηκε οι 4 ήταν μουσουλμανικού και ο ένας χριστιανικού θρησκεύματος (χωρίς σημαντική διαφορά συγκριτικά με το σύνολο των προσφύγων).
- Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, ήταν και οι 5 άγαμοι (στο σύνολο των προσφύγων άγαμοι ήταν το 29%).
- Οι τρεις ανέφεραν αστεγία πριν την ένταξή τους στο Πρόγραμμα Στέγασης (στο σύνολο των προσφύγων αστεγία αναφέρθηκε στο 40,3%, χωρίς σημαντική διαφορά)
- Όλοι είχαν σχετικά χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης (2 απόφοιτοι λυκείου, 2 γυμνασίου και 1 δημοτικού), ακόμη και συγκριτικά με το σύνολο των προσφύγων.
- Σχετικά με την ουσία χρήσης, τρεις ανέφεραν τη χρήση κάνναβης (οι δύο άρχισαν τη χρήση στη χώρα καταγωγής τους και ο τρίτος στην Ελλάδα), ένας ηρωίνης (έκανε χρήση οπίου στη χώρα του), ενώ υπήρξε και ένας πολυτοξικομανής που ανέφερε χρήση ψυχεδελικών ουσιών, ψυχοτρόπων φαρμάκων και άλλων τα οποία δεν προσδιόρισε. Σχετικά με το βαθμό βαρύτητας των προβλημάτων που απορρέει από τη χρήση των ναρκωτικών ουσιών, σε έναν πρόσφυγα ήταν μηδαμινός (κάνναβη), σε δύο χαμηλός (κάνναβη), σε έναν μέτριος (ηρωίνη) και σε

άλλον ένα σημαντικός (ψυχεδελικές ουσίες, ψυχοτρόπα φάρμακα και άλλα ναρκωτικά).

- Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι οι 4 (75%) αναφέρουν χρήση και στη χώρα καταγωγής τους, οι 3 (66,6%) απώλεια σημαντικών για αυτούς προσώπων, και όλοι (100%) εμπειρία κακοποίησης (2 σεξουαλικά/σωματικά, 2 σωματικά και 1 λεκτικά) συγκριτικά με το 72% του συνόλου των προσφύγων καθώς και εμπειρία κατά την οποία κινδύνεψε η ζωή τους (στο σύνολο των προσφύγων στο 85,4%, χωρίς σημαντική διαφορά).
- Σχετικά με το κάπνισμα, αυτό αναφέρθηκε από 4 από τους 5 αυτούς πρόσφυγες, συχνότερα συγκριτικά με το σύνολο των προσφύγων (27,4%), ενώ η κατανάλωση αλκοόλ από έναν πρόσφυγα στη διάρκεια της διαμονής του στο Πρόγραμμα Στέγασης και από έναν άλλο μόνο στη χώρα καταγωγής του, ποσοστό το οποίο δε διέφερε συγκριτικά με το σύνολο των προσφύγων (9,6%).
- Σχετικά με την επαγγελματική απασχόληση οι 2 ανέφεραν ότι δεν είχαν επαγγελματική εμπειρία στο παρελθόν, οι 2 είχαν επαγγελματική εμπειρία στη χώρα καταγωγής τους και ένας απασχολείτο επαγγελματικά και κατά τη διάρκεια του προγράμματος (στο σύνολο των προσφύγων μη επαγγελματική εμπειρία κατά τη διάρκεια της ζωής τους αναφέρθηκε στο 43,5% και προηγούμενη εργασιακή εμπειρία στη χώρα καταγωγής τους ή στην Ελλάδα στο 46,7%, χωρίς σημαντική διαφορά).
- Σχετικά με το καθεστώς διαμονής τους στην Ελλάδα κατά την περίοδο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, οι 3 ανέφεραν ότι βρίσκονταν σε αναμονή συνέντευξης από την Υπηρεσία Ασύλου και 2 ότι είχαν αποκτήσει άδεια διαμονής (στο σύνολο των προσφύγων το 42% βρίσκονταν σε αναμονή συνέντευξης και στο 30,9% είχαν αποκτήσει άδεια διαμονής, χωρίς σημαντική διαφορά).

Δηλαδή οι πρόσφυγες που ανέφεραν χρήση ουσιών συγκριτικά με το σύνολο των προσφύγων ήταν σε υψηλότερο ποσοστό άρρενος φύλου, άγαμοι, καπνιστές, με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, με υψηλότερο ποσοστό κακοποίησης.

Συγκριτικά με τα αποτελέσματα από μελέτες της βιβλιογραφίας διαπιστώθηκε συμφωνία σχετικά με τη νεαρότερη ηλικία [21-29 ετών (25±3,4 έτη)] και την επικράτηση των αρρένων (18,19). Σχετικά με το ποσοστό των προσφύγων που έκαναν χρήση ουσιών (8,06%) και το είδος της ουσίας (επικράτηση της χρήσης κάνναβης), διαπιστώθηκε συμφωνία με τη μελέτη «Μετανάστευση και Εκτίμηση Αναγκών Μεταβατικού Κέντρου Mosaic» του ΚΕΘΕΑ (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων) σε ομάδα 74 μεταναστών στην οποία τα 6 άτομα αυτά (ποσοστό 8,11%) απάντησαν θετικά στην κατάχρηση ουσιών, με το υψηλότερο ποσοστό να κάνει χρήση κάνναβης. Συγκριτικά με τη μελέτη των Marina Dalla και συν-2009 σε ομάδα 53 χρηστών

ουσιών (14), η μελέτη έδειξε συχνότερα αγαμία, χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, παρόμοιο σχετικά ποσοστό επαγγελματικής απασχόλησης, και χαμηλότερο ποσοστό χρήσης ηρωίνης (από έναν από τους πέντε πρόσφυγες με χρήση ουσιών, συγκριτικά με το 86,5%).

Στη μελέτη της βιβλιογραφίας φάνηκε ότι ένας μεγάλος αριθμός παραγόντων καθιστά τους πρόσφυγες περισσότερο ευάλωτους στη χρήση και κατάχρηση (misuse) ουσιών, όπως:

- Η μικρότερη ηλικία και το άρρεν φύλο.
- Η βίαιη εγκατάλειψη της χώρας καταγωγής.
- Η μη ικανοποιητική ενσωμάτωση στη χώρα φιλοξενίας σε συνδυασμό με το χαμηλό οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο των προσφύγων.
- Οι αντιλήψεις των προσφύγων σχετικά με τη χρήση ουσιών. Τα μέλη των ομάδων με αναπτυγμένη την κουλτούρα των ναρκωτικών έχουν κοινή αντίληψη σχετικά με συμπεριφορές της καθημερινής ζωής (εμφάνιση, διασκέδαση, τρόποι επικοινωνίας, κ.ά.) Συνεπώς κατ' αυτό τον τρόπο γίνονται αποδεκτά από τα άλλα μέλη αποφεύγοντας τις διακρίσεις και το στίγμα της χρήσης από τα μέλη διαφορετικών ομάδων που εν δυνάμει θα εντάσσονταν. Η διαδικασία αυτή ευνοεί σημαντικά τη συνέχιση της χρήσης ή/και της χρήσης νέων ουσιών.
- Το χάσμα επιπολιτισμού (όπως η σύγκρουση με τους γονείς, με ομάδες του πληθυσμού της χώρας φιλοξενίας, κ.ά.) που βιώνουν ιδιαίτερα οι νεαρής ηλικίας πρόσφυγες, εμποδίζει τη δημιουργία δικής τους πολιτισμικής ταυτότητας. Αυτό συνεπικουρεί στο να καταφεύγουν στην κουλτούρα των ναρκωτικών που αποτελεί συχνά διέξοδο και καταφύγιο, τα οποία δε συναντούν στην οικογένειά τους ή σε άλλες πολιτισμικές ομάδες.
- Η μεταβολή του μοτίβου χρήσης ουσιών στους πρόσφυγες από τη χώρα καταγωγής στη χώρα διαμονής/φιλοξενίας, έχει ως αποτέλεσμα οι πρόσφυγες δύσκολα να διατηρούν το παραδοσιακό και κοινωνικά αποδεκτό και χωρίς κίνδυνο κατάχρησης μοτίβο της χρήσης αλκοόλ ή άλλων ουσιών. Αυτό οδηγεί στην αύξηση του κινδύνου κατάχρησης αυτών ή/και χρήση νέων ουσιών. Σημασία έχει επίσης το γεγονός ότι η ανία και η ανεργία, σε συνδυασμό ίσως με μη διαγνωσμένη κατάθλιψη, μπορεί να οδηγήσουν στη διατήρηση και επιδείνωση των μοτίβων χρήσης ουσιών των χωρών προέλευσης.
- Η μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής των προσφύγων στη χώρα φιλοξενίας.
- Η έκθεση σε τραυματικές καταστάσεις στην χώρα προέλευσης (πόλεμος, κακοποίηση, βασανιστήρια) καθώς και ο διαχωρισμός από την πυρηνική οικογένεια σε συνδυασμό με την απουσία υποστηρικτικού κοινωνικού περιβάλλοντος στη χώρα φιλοξενίας.

- Η παρουσία Αγχώδους Μετατραυματικής Διαταραχής [post-traumatic stress disorder (PTSD)], η οποία αποτελεί τη συχνότερη ψυχική διαταραχή των προσφύγων, σχετίζεται με αύξηση του κινδύνου χρήσης ουσιών.

Ακόμη είναι αξιοσημείωτη η επίδραση που ασκεί το αποκαλούμενο παράδοξο φαινόμενο της μετανάστευσης (refugee paradox). Οι μετανάστες πρώτης γενιάς παρουσιάζουν καλύτερη προσαρμογή και λιγότερα ποσοστά ψυχολογικών προβλημάτων συγκριτικά με τα παιδιά προσφύγων που έχουν γεννηθεί στη χώρα φιλοξενίας, ενώ οι μετανάστες δεύτερης γενιάς λόγω της πίεσης των γονιών τους να διατηρήσουν την πολιτισμική ταυτότητα της χώρας καταγωγής, πιθανόν να έχουν μεγαλύτερες δυσκολίες προσαρμογής συγκριτικά με τους μετανάστες πρώτης γενιάς. Αυτό πιθανόν να οδηγήσει σε διαφορά μεταξύ των δύο αυτών ομάδων προσφύγων σχετικά με τον κίνδυνο χρήσης ναρκωτικών ουσιών.

Επομένως, για την καλύτερη αντιμετώπιση των δυσκολιών που συναντούν οι πρόσφυγες στις χώρες φιλοξενίας και τον περιορισμό της χρήσης ουσιών, απαιτείται η κατάλληλη οργάνωση και ικανοποιητική λειτουργία των αρμόδιων υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες αυτές χρειάζεται να έχουν επαρκή γνώση και εμπειρία σχετικά με τη διαχείριση των δύσκολων και ιδιαίτερων καταστάσεων που αντιμετωπίζουν οι πρόσφυγες σε συνδυασμό με σεβασμό της πολιτισμικής τους ταυτότητας. Τέλος, αυτό μπορεί να συμβάλλει στην καλύτερη διερεύνηση της επίδρασης της κουλτούρας καταγωγής τους, του επιπολιτισμού, των διακρίσεων και του στιγματισμού της ψυχικής και σωματικής τους υγείας, με αποτέλεσμα την καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων και τη δραστική μείωση του κινδύνου χρήσης ουσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΟΥ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

1. Ημ/νία συμπλήρωσης του εντύπου Ημέρα ..., Μήνας ..., Έτος ...

2. Έτος γέννησης ...

3. Φύλο: Άρρεν Θήλυ

4. Θρήσκευμα: Χριστιανικό Μουσουλμανικό Άλλο

5. Χώρα προέλευσης: Συρία Ιράν Ιράκ Αφγανιστάν

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΣΤΕΓΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

6. Διάρκεια διαμονής στην Ελλάδα

- 0-6 μήνες 6-12 μήνες 1-2 έτη 2-3 έτη 3-4 έτη >4 έτη

7. Διάρκεια διαμονής στην Ελλάδα εκτός προγράμματος στέγασης Δήμου Αθηναίων

- 0-6 μήνες 6-12 μήνες 1-2 έτη 2-3 έτη 3-4 έτη >4 έτη

.Είδος στέγασης πριν το πρόγραμμα στέγασης Δήμου Αθηναίων

8. Διαμονή σε κέντρα φιλοξενίας προσφύγων ΝΑΙ ΟΧΙ

- 0-6 μήνες 6-12 μήνες 1-2 έτη 2-3 έτη 3-4 έτη >4 έτη

9. Διαμονή σε ξενοδοχείο από Ύπατη Αρμοστεία ΟΗΕ ΝΑΙ ΟΧΙ

- 0-6 μήνες 6-12 μήνες 1-2 έτη 2-3 έτη 3-4 έτη >4 έτη

10. Αστεγία ΝΑΙ ΟΧΙ

- 0-6 μήνες 6-12 μήνες 1-2 έτη 2-3 έτη 3-4 έτη >4 έτη

11. Διάρκεια διαμονής στο πρόγραμμα στέγασης Δήμου Αθηναίων

0-6 μήνες 6-12 μήνες 12-18 μήνες 18-24 μήνες

12. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ/ΣΥΝΟΧΗ, ΦΙΛΟΞΕΝΙΑ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ ΥΠΑΤΗΣ ΑΡΜΟΣΤΙΑΣ ΟΗΕ

- Άγαμος/η
- Έγγαμος/η
- Διαζευγμένος/η
- Χήρος/α

13. Αποχωρισμός από την οικογένεια ΝΑΙ ΟΧΙ

- Αποχωρισμός συζύγου
- Αποχωρισμός συζύγου και παιδιών
- Αποχωρισμός παιδιών

- Αποχωρισμός κάποιων από τα παιδιά
- Αποχωρισμός συζύγου και κάποιων από τα παιδιά

14. Διαμονή στο πρόγραμμα όλων των μελών της οικογένειας ΝΑΙ ΟΧΙ

15. Διαμονή στο πρόγραμμα κάποιων από τα μέλη της οικογένειας ΝΑΙ ΟΧΙ

Σύζυγος

Παιδιά

Κάποια από τα παιδιά

Σύζυγος και κάποια από τα παιδιά

16. Χώρα/χώρες διαμονής των μελών της οικογένειας

- Χώρα προέλευσης
- Ευρωπαϊκή χώρα
- Άλλη χώρα στη διαδρομή για την Ελλάδα

17.ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Αναμονή συνέντευξης

Αναμονή απάντησης απόφασης από την υπηρεσία ασύλου

Έχει εγκριθεί μετεγκατάσταση

Έχει χορηγηθεί άδεια διαμονής στην Ελλάδα για μια τριετία

Έχει εγκριθεί οικογενειακή επανένωση

Απόρριψη αίτησης οικογενειακής επανένωσης

Απόρριψη χορήγησης ασύλου στην Ελλάδα

ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

18.Εκπαιδευτικό επίπεδο

- Κανένα
- Δημοτικό
- Γυμνάσιο
- Λύκειο
- Ανώτατη εκπαίδευση

19.Επαγγελματική απασχόληση

- Προηγούμενη του προγράμματος στέγασης []
- Στη διάρκεια του προγράμματος στέγασης []

20.Προσπάθεια εκμάθησης ξένων γλωσσών []

21.Προσπάθεια απόκτησης επαγγελματικών γνώσεων/δεξιοτήτων []

22.Οικονομική κατάσταση

Μόνο το επίδομα της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ []

Από επαγγελματική απασχόληση []

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ

23.Έχετε ποτέ κακοποιηθεί; ΝΑΙ ΟΧΙ

24.Αν ΝΑΙ πως;

- Σεξουαλικά []
- Σωματικά []
- Λεκτικά []

25.Που;

- Στη χώρα σας;
- Σε χώρα/χώρες που περάσατε για να έρθετε στην Ελλάδα;
- Στην Ελλάδα;

26.Μήπως χάσατε κάποιο/κάποια αγαπημένο/αγαπημένα πρόσωπο/πρόσωπα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 ετών; ΝΑΙ ΟΧΙ

27.Αν ΝΑΙ που;

- Στη χώρα σας;
- Σε χώρα/χώρες που περάσατε για να έρθετε στην Ελλάδα;
- Στην Ελλάδα

28.Αν ΝΑΙ τι ήταν;

- Γονέας/γονείς
- Σύζυγος
- Παιδί/παιδιά
- Σύντροφος εκτός γάμου
- Αδερφός/ή
- Φίλος
- Άλλο

29.Κινδύνεψε ποτέ σοβαρά η ζωή σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

30.Αν ΝΑΙ που;

- Στη χώρα σας
- Σε χώρα/χώρες που περάσατε για να έρθετε στην Ελλάδα;
- Στην Ελλάδα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΚΑΠΝΟΥ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ

ΧΡΗΣΗ ΚΑΠΝΟΥ

31.Καπνίζετε; ΝΑΙ ΟΧΙ

32.Αν ΝΑΙ Πόσα περίπου τσιγάρα την ημέρα; ... 33. Πόσα περίπου χρόνια καπνίζετε;
...

34.Αν όχι μήπως καπνίζατε παλαιότερα; ΝΑΙ ΟΧΙ

35.Πόσα περίπου τσιγάρα την ημέρα ...36. Πόσα περίπου χρόνια καπνίζατε; ...

ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

37.Πίνετε ποτά με αλκοόλ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ

38.Πίνετε κάθε ημέρα; ΝΑΙ ΟΧΙ

39.Πόσα περίπου ποτά πίνετε την εβδομάδα; (Ένα ποτό αντιστοιχεί σε μια μπίρα, ένα ποτήρι κρασί ή ένα μικρό ποτήρι βαρύ ποτό) ...

40.Πίνετε σε όλη τη διάρκεια που βρίσκεστε στην Ελλάδα; ΝΑΙ ΟΧΙ

41.Πίνετε πριν έρθετε στην Ελλάδα; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Ως ναρκωτικές ουσίες εννοούνται οποιοσδήποτε παράνομες ναρκωτικές ουσίες ή νόμιμες ιατρικές ψυχοτρόπες ουσίες (αντικαταθλιπτικά, αγχολυτικά, ηρεμιστικά) που λαμβάνονται χωρίς να έχουν συνταγογραφηθεί από ιατρό. Οποιαδήποτε φαρμακευτική ουσία λαμβάνεται σύμφωνα με τις οδηγίες ιατρού δε θα πρέπει να θεωρηθεί ναρκωτική ουσία στο παρακάτω ερωτηματολόγιο.

42.Κάνετε χρήση ναρκωτικών ουσιών στη χώρα σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

43.Τι ναρκωτική ουσία χρησιμοποιούσατε;

Κάναβη Ηρωίνη Κοκαΐνη Αμφεταμίνη Μεθαμφεταμίνη Χάπια αλλαγής διάθεσης χωρίς συνταγή γιατρού (αντικαταθλιπτικά, ηρεμιστικά) Όπιο Σίσα Ψυχεδελικές ουσίες (μανιτάρια, LSD, κ.ά.) Εισπνεόμενα Άλλα Αν ΝΑΙ τι;

44.Κάνετε χρήση ναρκωτικών ουσιών στην Ελλάδα ΝΑΙ ΟΧΙ

45.Αν ΝΑΙ Πόσους περίπου μήνες κάνετε χρήση ...

Λιγότερο από ένα μήνα , Ένα μήνα Ένα τρίμηνο Ένα εξάμηνο Ένα έτος 18 μήνες Δύο χρόνια Παραπάνω από δύο χρόνια

46.Κάνετε χρήση στην Ελλάδα στη διάρκεια φιλοξενίας στο πρόγραμμα στέγασης;
 ΝΑΙ ΟΧΙ

47.Αν ναι με τι συχνότητα;

	Κάθε μέρα	4-5 φορές την εβδομάδα	3-4 φορές την εβδομάδα	1 φορά την εβδομάδα	1 φορά τις 15 μέρες	1 φορά το μήνα	Λιγότερο από μια φορά το μήνα
Κάναβη							
Ηρωίνη							
Κοκαΐνη							
Μεθαμφεταμίνη							
Αμφεταμίνη							
Όπιο							
Σίσα							
Ψυχεδελικά							
Χάπια αλλαγής διάθεσης							
Εισπνεόμενα							
Άλλο							

48. Αν ναι πόσο καιρό κάνετε χρήση στη διάρκεια φιλοξενίας στο πρόγραμμα στέγασης;

	0-6 μήνες	6-12 μήνες	12-18 μήνες	18-24 μήνες
Κάναβη				
Ηρωίνη				
Κοκαΐνη				
Μεθαμφεταμίνη				
Αμφεταμίνη				
Όπιο				
Σίσα				
Ψυχεδελικά				
Χάπια αλλαγής διάθεσης				
Εισπνεόμενα				
Άλλο				

49. Παρακαλώ απαντήστε τις ερωτήσεις κυκλώνοντας το ΝΑΙ ή το ΟΧΙ

Σε περίπτωση απουσίας χρήσης να αγνοηθεί το παρακάτω ερωτηματολόγιο.

1.	Μήπως έχετε χρησιμοποιήσει ουσίες εκτός από αυτές που απαιτούνται για ιατρικούς λόγους;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
2.	Χρησιμοποιείται παραπάνω από μία ουσία συγχρόνως;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
3.	Πιστεύετε πως έχετε την ικανότητα να διακόψετε την κατάχρηση των ουσιών όποτε το επιθυμήσετε;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.	Είχατε ποτέ απώλεια συνείδησης λόγω της χρήσης ουσιών;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
5.	Έχετε νιώσει ποτέ σας άσχημα ή ενοχή για τη χρήση ουσιών που κάνετε;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
6.	Παραπονιέται ποτέ ο/η σύζυγος σας ή οι γονείς σας για τη χρήση ουσιών που κάνετε;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
7.	Έχετε παραμελήσει ποτέ την οικογένεια σας λόγω της χρήσης ουσιών;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
8.	Έχετε συμμετάσχει σε παράνομες δραστηριότητες για να αποκτήσετε τις ουσίες αυτές;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
9.	Έχετε νιώσει ποτέ συμπτώματα στέρησης (να νιώσετε άρρωστος) επειδή διακόψατε τη χρήση ουσιών;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
10.	Είχατε ποτέ ιατρικά προβλήματα λόγω της χρήσης ουσιών (απώλεια μνήμης, ηπατίτιδα, σπασμούς, αιμορραγία);	ΝΑΙ	ΟΧΙ

Βαθμονόμηση:

Βαθμός 1 για κάθε απάντηση ΝΑΙ εκτός από την ερώτηση 3 στην οποία το ΟΧΙ παίρνει βαθμό 1

Ερμηνεία της βαθμονόμησης

Βαθμός των προβλημάτων που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών

Βαθμός 0: Δεν αναφέρονται προβλήματα, **Βαθμός 1-2:** Χαμηλό επίπεδο, **Βαθμός 3-5:** Μέτριο επίπεδο, **Βαθμός 6-8:** Βασικό επίπεδο, **Βαθμός 9-10:** Σοβαρό επίπεδο

Βιβλιογραφία

1. FRA (2016), Focus: asylum and migration into the EU in 2015, European Union Agency for Fundamental Rights, Vienna.
2. EMCDDA (2015), Prevention profiles, retrieved 20 May 2015 from <http://www.emcdda.europa.eu/countries/prevention-profiles>. (EMCDDA-2017) Migrants, asylum seekers and refugees: an overview of the literature relating to drug use and access to services Background paper commissioned by the EMCDDA for Health and social responses to drug problems: a European guide. P. Lemmens, H. Dupont and I. Roosen 2017
3. Reza, H. V. (2014), 'Beroendeproblematik bland ensamkommande flyktingbarn med afghansk bakgrund', thesis, Sahlgrenska Academy, Gothenburg University.
4. Suárez-Orozco, C. (2000), 'Identities under siege: immigration stress and social mirroring among the children of immigrants', in C.G.M. Tobben & Suárez-Orozco (eds), Cultures under Siege: Collective Violence and Trauma, Cambridge: Cambridge University Press, pp. 195–226.
5. Ward, C., Bochner, S. & Furnham, A. (2001), The Psychology of Culture Shock, 2nd edn, New York: Routledge.
6. Μισουρίδου Ε. Μετανάστευση και χρήση ουσιών. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας(2016) Τόμος 8,Τεύχος 1, 9-14.
7. Γιωτσίδη Β, Σταλίκας Α (2004) Η διαπολιτισμική συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία σε πρόσφυγες: Ψυχοκοινωνικές ανάγκες και πολιτισμικές διαφορές. Ψυχολογία, 11,1, 34-52.
8. WHO (1997) Lexicon of cross-cultural terms in mental health. Geneva: World Health Organization.
9. Sam, D.L. (2006), 'Acculturation and health', in D.L. Sam & J.W. Berry (eds), The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology, Cambridge: Cambridge University Press, pp. 452–68.
10. Roysircar-Sodowsky, G. & Maestas, M.V. (2000), 'Acculturation, ethnic identity and acculturative stress: evidence and measurement', in R.H. Dana (ed.), Handbook of Cross-Cultural and Multicultural Personality Assessment, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 113–31.
11. Μπεζεβέγκης Η (2008) Μετανάστες στην Ελλάδα: Επιπολιτισμός και ψυχοκοινωνική προσαρμογή. Αθήνα: Ινστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής (ΙΜΕΠΟ).

12. Organista, P.B., Organista, K.S. & Kurasaki, K. (2003), 'The relationship between acculturation and ethnic minority mental health', in Chun et al. (eds), pp. 95–119.
13. Ντάλλα Μ, Πράπας Χ, Μάτσα Κ (2007) Μετανάστευση και ουσιοεξάρτηση: Αποτελέσματα μελέτης στο Συμβουλευτικό Σταθμό. Τετράδια Ψυχιατρικής, 97, 149-162.
14. Marina Dalla, Alexander-Stamatios Antoniou, Katerina Matsa and Christos Prapas. Immigration, acculturation and drug abuse: multicultural aspects of treatment. In Handbook of Managerial Behavior and Occupational Health. New Horizons in Management series. Edited by Alexander-Stamatios G. Antoniou. Cary L. Cooper, George P. Chrousos, Charles D. Spielberger, and Michael William Eysenck. January 2009, Pages 362-377.
15. Edenberg, H. J. (2007), 'The genetics of alcohol metabolism: role of alcohol dehydrogenase and aldehyde dehydrogenase variants', Alcohol Research and Health 30, pp. 5-13.
16. D'Avanzo CE (1997). Southeast Asians: Asian-Pacific Americans at risk for substance misuse. Substance Use and Misuse, 32(7-8): 829-848.
17. van de Wijngaart, Govert F. (1997). Drug problems among immigrants and refugees in the Netherlands and the Dutch health care and treatment system. Substance Use and Misuse, 32(7-8): 909-938.
18. Robbins, S.P. & Mikow, J. (2000), Tobacco, Alcohol and Other Drug Use Among Minority Youth: Implications for the Design and Implementation of Prevention Programmes, Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Center for the Study of Youth Policy.
19. Manhica H, Gauffin K, Almqvist YB, et al. Hospital Admission and Criminality Associated with Substance Misuse in Young Refugees - A Swedish National Cohort Study. PLoS One. 2016 Nov 30;11(11):e0166066. doi: 10.1371/journal.pone.0166066.
20. Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A. and Priebe, S. (2008), 'Mental health, health care utilisation of migrants in Europe', European Psychiatry 23, Suppl. 1, pp. 14-20.
21. Howard, M. & Hodes, M. (2000), 'Psychopathology, adversity and service utilization of young refugees', Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39(3), 368–77.
22. Alaniz, M. L. (2002), 'Migration, acculturation, displacement: migratory workers and "substance abuse" ', Substance Use and Misuse 37, pp. 1253-1257.

23. De La Rosa, M. (2002), 'Acculturation and Latino adolescents' substance use: a research agenda for the future', *Substance Use and Misuse* 37, pp. 429-456.
24. Caetano, R. and Clark, C. L. (2003), 'Acculturation, alcohol consumption, smoking, and drug use among Hispanics', pp. 223-239, in Chun, K. M. and Organista, P. B. (eds.), *Acculturation: advances in theory, measurement, and applied research*, American Psychological Association Washington DC.
25. Salant, T. and Lauderdale, D. S. (2003), 'Measuring culture: a critical review of acculturation and health in Asian immigrant populations', *Social Science and Medicine* 57, pp. 71-90.
26. Orozco, C. & Suárez-Orozco, M. (2001), *Children of Immigration*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
27. Hjern, A., Angel, B. & Jeppson, O. (1998), 'Political violence, family stress and mental health of refugee children in exile', *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 26(1), 18–25.
28. Booth, A., Crouter, A.C. & Landale, N.S. (1997), *Immigration and the Family: Research and Policy on U.S. Immigrants*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
29. Szapocznik J & Kurtines W (1993) *Family psychology and cultural diversity: Opportunities for theory, research, and application*. *American Psychologist*, 48, 400–407.
30. Suarez-Orozpcho C, Todorov IG, Louie DJ (2002) Making Up For Lost Time: The Experience of Separation and Reunification Among Immigrant Families. *Family Process*, 41, 4: 625-643.
31. Dupont, H. B., Kaplan, C. D., Verbraeck, H. T., Braam R., van de Wijngaard, G. F. (2005), 'Killing time: alcohol and drug problems among asylum seekers in the Netherlands', *International Journal of Drug Policy* 16, pp. 27-36.
32. Westermeyer, J. (1996), 'Addiction among immigrants and migrants', *American Journal of Addictions* 5, pp. 334-350.
33. Spooner, C. (2005), 'Structural determinants of drug use: a plea for broadening our thinking', *Drug and Alcohol Review* 24, pp. 89-92.
34. Horyniak, D., Melo, J. S., Farrell, R. M., Ojeda, V. D. and Strathdee, S. A. (2016), 'Epidemiology of substance use among forced migrants: a global systematic review', *PLoS One*, Jul 13;11(7):e0159134.
35. Pearce, N., Foliaki, S., Sporle, A. and Cunningham, C. (2004), 'Genetics, race, ethnicity, and health', *British Medical Journal*, 328, pp. 1070-1072.
36. Zinberg, N. E. (1984), *Drug, set, and setting: the basis for controlled intoxicant use*, Yale University Press, New Haven, Connecticut.

37. BråmÅ Å, Andersson R. Who leaves rental housing? Examining possible explanations for ethnic housing segmentation in Uppsala, Sweden. *Journal of Housing and the Built Environment*. 2010; 25 (3):331-52.
38. Hjern A, Rajmil L, BergstroÈm M, Berlin M, Gustafsson PA, Modin B. Migrant density and well-being ÐAnational school survey of 15-year-olds in Sweden. *The European Journal of Public Health*. 2013:ckt106.
39. Crum RM, Lillie-Blanton M, Anthony JC. Neighborhood environment and opportunity to use cocaine and other drugs in late childhood and early adolescence. *Drug and alcohol dependence*. 1996; 43 (3):155-61. PMID: 9023071.
40. SellstroÈm E, O'Campo P, Muntaner C, Arnoldsson G, Hjern A. Hospital admissions of young persons for illicit drug use or abuse: Does neighborhood of residence matter? *Health & place*. 2011; 17 (2):551-7.
41. Little M, Steinberg L. Psychosocial Correlates of Adolescent Drug Dealing in the Inner City Potential Roles of Opportunity, Conventional Commitments, and Maturity. *Journal of Research in Crime and Delinquency*. 2006; 43(4):357-86. doi: 10.1177/0022427806291260 PMID: 20011229.
42. MartõÁnez R, Rosenfeld R, Mares D. Social disorganization, drug market activity, and neighborhood violent crime. *Urban Affairs Review*. 2008. doi: 10.1177/1078087408314774 PMID: 19655037.
43. James, W., Kim, G. and Armijo, E. (2000), 'The influence of ethnic identity on drug use among ethnic minority adolescents', *Journal of Drug Education* 30, pp. 265-280.
44. Hyman, I., Vu, N. & Beiser, M. (2000), 'Post-migration stresses among Southeast Asian refugees youth in Canada: a research note', *Journal of Comparative Family Studies*, 31(2), 281–93.
45. Caetano, R., Clark, C.L. & Tam, T. (1998), 'Alcohol consumption among racial/ethnic minorities: theory and research', *Alcohol Health and Research World*, 22, 233–8.
46. Edler, J.P., Campbell, N.R., Litrownik, A.J., Ayala, G.X., Slymen, D.J., Parra-Medina, D. & Lovato, C.Y. (2000), 'Predictors of cigarette and alcohol susceptibility and use among Hispanic migrant adolescents', *Preventive Medicine*, 31(2 Pt 1), 115–23.
47. Lai L. Treating substance abuse as a consequence of conflict and displacement: a call for a more inclusive global mental health. *Med Confl Surviv*. 2014 Jul-Sep;30(3):182-9.
48. SAMHSA (2014) A treatment improvement protocol: Improving Cultural Competence (TIP 59). US: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

49. Becker HS (1963) *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: The Free Press.
50. van de Wijngaart, Govert F. (1997). Drug problems among immigrants and refugees in the Netherlands and the Dutch health care and treatment system. *Substance Use and Misuse*, 32(7-8): 909-938.
51. Corkery, J. M. Schifano, F., Oyefeso, A., Ghodse, A. H., Tonia, T., Naidoo, V. and Button, J. (2011), 'Overview of literature and information on "khat-related" mortality: a call for recognition of the issue and further research', *Annali dell'Instituto Superiore di Sanita* 2011, 47(4) (available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22194080>).
52. Salas-Wright CP, Vaughn MG. A "refugee paradox" for substance use disorders? *Drug Alcohol Depend.* 2014 Sep 1;142:345-9. doi: 10.1016/j.drugalcdep. 2014.06.008.
53. Telzer EH (2010) Expanding the Acculturation Gap-Distress Model: An Integrative Review of Research. *Human Development*, 53, 313–340. DOI: 10.1159/000322476.
54. Almeida J, Johnson RM, Matsumoto A, Godette DC. Substance use, generation and time in the United States: the modifying role of gender for immigrant urban adolescents. *Soc Sci Med.* 2012;75:2069–2075.
55. Borges G, Rafful C, Benjet C, et al. Mexican immigration to the US and alcohol and drug use opportunities: does it make a difference in alcohol and/or drug use? *Drug Alcohol Depend.* 2012;125:S4–S11.
56. De La Rosa M. Acculturation and Latino adolescents' substance use: a research agenda for the future. *Subst. Use Misuse.* 2002;37:429–456.
57. Kennedy S, Kidd MP, McDonald JT, Biddle N. The healthy immigrant effect: patterns and evidence from four countries. *J Int Migr Integr.* 2014 doi: 10.1007/s12134-014-0340-x.
58. Li K, Wen M. Substance use, age at migration, and length of residence among adult immigrants in the United States. *J Immigr Minor Health.* 2013 epub ahead of print.
59. Ojeda VD, Patterson TL, Strathdee SA. The influence of perceived risk to health and immigration-related characteristics on substance use among Latino and other immigrants. *Am J Public Health.* 2008;98:862–868.
60. Rubalcava LN, Teruel GM, Thomas D, Goldman N. The healthy migrant effect: new findings from the Mexican Family Life Survey. *Am J Journal Public Health.* 2008;98:78–84.
61. Schwartz SJ, Unger JB, Des Rosiers SE, et al. Domains of acculturation and their effects on substance use and sexual behavior in recent Hispanic immigrant adolescents. *Prev Sci.* 2013;15:385–396.

62. Vaughn MG, Salas-Wright CP, DeLisi M, Maynard BR. The immigrant paradox: immigrants are less antisocial than native-born. *American Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014 doi: 10.1007/s00127-013-0799-3.
63. Tai-Ann Cheng A & Chang, J-C (1999). Mental health aspects of culture and migration. *Current Opinion in Psychiatry*, 12(2): 217-222.
64. Silove D, Steel Z, McGorry P, Mohan P (1998). Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of anxiety, depression, and post-traumatic stress in Tamil asylum seekers: comparison with refugees and immigrants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(3): 175-181.
65. Fazel M & Stein A (2003). Mental health of refugee children: Comparative study. *BMJ: British Medical Journal*. 327(7407): 134.
66. Johnson, TP (1996). Alcohol use amongst displaced persons: An overview. *Substance Use and Misuse*, 31(13): 1853-1889.
67. Reid G, Higgs P, Beyer L, Crofts N (2002). Vulnerability among Vietnamese illicit drug users in Australia: challenges for change. *International Journal of Drug Policy*, 13(2): 127-136.
68. Brown P, Recupero P, Stout R (1995) PTSD substance abuse comorbidity and treatment utilisation. *Addictive Behaviours*, 20(2): 251-254.
69. Breslau N, Davis GC, Peterson EL, Schultz L (1997). Psychiatric sequelae of post-traumatic stress disorder in women. *Archives of General Psychiatry*, 54(1): 81-87.
70. Chilcoat HD & Breslau N (1998). Posttraumatic stress disorder and drug disorders: Testing causal pathways. *Archives of General Psychiatry*, 55(10): 913-917.
71. Stewart SH (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: A critical review. *Psychological Bulletin*, 120(1): 83-112.
72. Triffleman EG, Marmar CR, Delucchi KL, Ronfeldt H (1995). Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in substance abuse inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disorders* 183: 172-176.
73. Breslau N, Davis GC, Schultz LR (2003). Post-traumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Archives of General Psychiatry*, 60(3): 289-294.
74. Terheggen MA, Stroebe MS, Kleber RJ (2001). Western conceptualizations and Eastern experience: A cross-cultural study of traumatic stress reactions among Tibetan refugees in India. *Journal of Traumatic Stress*, 14(2): 391-403.
75. Eisenbruch M (1991). From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: diagnosis of South East Asian refugee. *Social Science Medical*, 33(6): 673-680.

76. Burnett A & Peel M (2001). Health needs of asylum seekers and refugees. *BMJ*, 322: 544-547.
77. Baker R (1992). Psychosocial consequences for tortured refugees seeking asylum and refugee status in Europe. In M. Basoglu (Ed.) *Torture and its consequences: current treatment approaches*. Cambridge: Cambridge University Press, 83-106.
78. Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S, Alderete E, Catalano R, Caraveo-Anduaga J (1998). Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archives of General Psychiatry* 55(9): 771-778.
79. Gonsalves, CJ (1992). Psychological stages of the refugee process: A model for therapeutic interventions. *Professional Psychology – Research & Practice*, 23(5): 382-389.
80. Yee BWK & Thu ND (1987). Correlates of drug use and abuse among Indochinese refugees: Mental health implications. *Journal of Psychoactive Drugs*, 19: 17-83.
81. Terzidou, M. (2005), National report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point GREECE: New Development, Trends and In-Depth Information on Selected Issues, Athens: University Mental Health Research Institute.
82. Khanani MR, Ansari AS, Khan S, Somani M, Kazmi SU, Ali SH (2010) Concentrated epidemics of HIV, HCV, and HBV among Afghan refugees. *Journal of Infection* 61: 434–437. pmid:20831883
83. Akinyemi OO, Owoaje ET, Ige OK, Popoola OA (2012) Comparative study of mental health and quality of life in long-term refugees and host populations in Oru-ljebu, Southwest Nigeria. *BMC Res Notes* 5: 394. pmid:22846111
84. Kroll J, Yusuf AI, Fujiwara K (2011) Psychoses, PTSD, and depression in Somali refugees in Minnesota. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 46: 481–493. pmid:20354676
85. Salas-Wright CP, Vaughn MG (2014) A “refugee paradox” for substance use disorders? *Drug and Alcohol Dependence* 142: 345–349. pmid:24999058
86. Robertson AM, Rangel MG, Lozada R, Vera A, Ojeda VD (2012) Male injection drug users try new drugs following U.S. deportation to Tijuana, Mexico. *Drug and Alcohol Dependence* 120: 142–148. pmid:21835559
87. Ezard N, Oppenheimer E, Burton A, Schilperoord M, Macdonald D, Adekan M, et al. (2011) Six rapid assessments of alcohol and other substance use in populations displaced by conflict. *Conflict and Health* 5
88. Streel E, Schilperoord M (2010) Perspectives on alcohol and substance abuse in refugee settings: lessons from the field. *Intervention* 8: 268–275.

89. Luitel NP, Jordans M, Murphy A, Roberts B, McCambridge J (2013) Prevalence and patterns of hazardous and harmful alcohol consumption assessed using the AUDIT among Bhutanese refugees in Nepal. *Alcohol and Alcoholism* 48: 349–355. pmid:23443987
90. Roberts B, Felix Ocaka K, Browne J, Oyok T, Sondorp E (2011) Alcohol disorder amongst forcibly displaced persons in northern Uganda. *Addictive Behaviors* 36: 870–873. pmid:21481540
91. D'Amico EJ, Schell TL, Marshall GN, Hambarsoomians K (2007) Problem drinking among Cambodian refugees in the United States: how big of a problem is it? *Journal of Studies on Alcohol & Drugs* 68: 11–17.
92. McLeod A, Reeve M (2005) The health status of quota refugees screened by New Zealand's Auckland Public Health Service between 1995 and 2000. *New Zealand Medical Journal* 118: U1702–U1702. pmid:16258577.
93. Cepeda A, Valdez A, Kaplan C, Hill LE (2010) Patterns of substance use among hurricane Katrina evacuees in Houston, Texas. *Disasters* 34: 426–446. pmid:19863564
94. Roberts B, Murphy A, Chikovani I, Makhshvili N, Patel V, McKee M (2014) Individual and community level risk-factors for alcohol use disorder among conflict-affected persons in Georgia. *PLoS ONE* 9: e98299. pmid:24865450
95. Marshall GN, Schell TL, Elliott MN, Berthold SM, Chun CC-AA (2005) Mental Health of Cambodian Refugees 2 Decades After Resettlement in the United States. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 294: 571–579. pmid:16077051
96. Paul Lemmens, Hans Dupont, Inez Roosen. Migrants, asylum seekers and refugees: an overview of the literature relating to drug use and access to services. Lisa Ploeg, intern from the University of Maastricht with the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) in 2016.
97. Weaver, H. and Roberts, B. (2010), 'Drinking and displacement: a systematic review of the influence of forced displacement on harmful alcohol use', *Substance Use and Misuse* 45, pp. 2340-2355.
98. Berry, J.W. (2003), 'Conceptual approaches to acculturation', in Chun et al. (eds), pp. 17–37.
99. Horyniak D, Higgs P, Cogger S, et al. Experiences of and attitudes toward injecting drug use among marginalized African migrant and refugee youth in Melbourne, Australia. *J Ethn Subst Abuse*. 2014;13(4):405-29. doi: 10.1080/15332640.2014.958639.
100. Μισουρίδου Ε (2008) Ο ρόλος του θεραπευτή στην απεξάρτηση από το αλκοόλ. Στο Γ. Ποταμιάνος και Φ. Αναγνωστόπουλος (επιμ.) Κλινική

ψυχολογία στην πράξη: Όψεις της ελληνικής πραγματικότητας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 87-125.

101. Μάτσα Κ (2001) Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της τοξικομανίας. Αθήνα: Άγρα.

102. Μάτσα Κ (2008) Ψυχοθεραπεία και τέχνη στην απεξάρτηση: Το «παράδειγμα» του 18 ΑΝΩ. Αθήνα: Άγρα.

102. ANSA (1997) Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Special Nurses: Working with Alcohol and Drug Users. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.

104. Lock CA, Kaner E, Lamont S, Bond S (2002) A qualitative study of nurse's attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary care. *J AdvNurs*, 333-342.

105. Happell B & Taylor C (2001) Negative attitudes towards clients with drug and alcohol related problems: Finding the elusive solution. *Aust N Z J Ment Health Nurs*, 10(2), 87–96.

106. WHO (1996) Programme on Substance Abuse: Health Professional Education on Psychoactive Substances. WHO. WHO/96.16. http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_PSA_96.

107. Monks R, Topping A, Newell R. (2012) The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study. *J AdvNurs*, 935-946.

108. Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., and de Jong, J.V.T.M. (2007), 'Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 42, pp. 837-844.

109. FRA (2017), Current migration situation in the EU: torture, trauma and its possible impact on drug use, European Union Agency for Fundamental Rights, Vienna.

110. Brune M, Haasen C, Yagdiran O, Bustos E. Treatment of drug addiction in traumatised refugees. A case report. *Eur Addict Res*. 2003 Jul;9(3):144-6.

111. Korf, D. J., Nabben, T. and Wouters, M. (2015), *Evaluatie Qatverbod*, Rozenberg Publishers, Amsterdam.

112. Nabben, T. and Korf, D. J. (2017), 'Consequences of criminalisation: the Dutch khat market before and after the ban', *Drugs: Education, Prevention and Policy* 24, p. 332.

113. EMCDDA (2013), Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations: issues raised by 33 case studies, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

114. Ploeg, L. (2015), 'Europe on the move: unravelling links between migration, ethnic minorities and drug use in the European Union', thesis, Maastricht University.