

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ:**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΙΤΙΩΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΠΑΙΔΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΥΤΩΝ ΜΕ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ  
ΠΑΙΔΩΝ ΑΥΤΟΧΘΟΝΩΝ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ.**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:**

**ΚΟΧΙΛΑ ΔΕΣΠΟΙΝΑ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ.**

**ΑΘΗΝΑ**

**Ιούνιος, 2020.**

## ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

### ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας Κόχιλα Δέσποινας.

#### *Εξεταστική Επιτροπή*

- Ιακωδίδου Νικολέτα (Επιβλέπουσα)
- Τσεκούρα Δωροθέα
- Ξάνθος Θεόδωρος

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίστηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Συνεδρίαση της 22/06/2020 για την αξιολόγηση και εξέταση της υποψηφίου κα. Κόχιλα Δέσποινα, συνεδρίασε σήμερα 22/06/2020.

Η Επιτροπή διαπίστωσε ότι η Διπλωματική Εργασία της κα. Κόχιλα Δέσποινας με τίτλο «Διερεύνηση αιτιών εισαγωγής προσφύγων παιδών σε παιδιατρικό νοσοκομείο Αττικής και σύγκριση αυτών με τα αίτια εισαγωγής παιδών αυτόχθονων πληθυσμιακών ομάδων», είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπειρισταωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους ..... προτείνει την απονομή στον παραπάνω Μεταπτυχιακό Φοιτητή την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's). Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία, ο υποψήφιος έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους ....., για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους ....., και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους ..... Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «.....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

- Ιακωβίδου Νικολέτα, Επιβλέπουσα (Υπογραφή)
- Τσεκούρα Δωροθέα (Υπογραφή)
- Ξάνθος Θεόδωρος (Υπογραφή)

*Θα ήθελα να αφιερώσω την εργασία μου αυτή, σε όλους τους κατατρεγμένους λαούς  
που αναγκάστηκαν να ξενιτευτούν ανά τα χρόνια.*

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω εκ βάθρων την οικογένεια μου για την περίσσεια συμπαράσταση της και τον αγαπημένο μου φίλο Σωτήρη, που χωρίς την υποστήριξη και τον χρόνο που μου αφιέρωσε θα αντιμετώπιζα πολλές δυσκολίες. Θερμά θα ήθελα ακόμη να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές μου και ιδιαίτερα την επιβλέπουσα μου, την καρδιολόγο Δρ Δωροθέα Τσεκούρα για την αμέριστη βοήθεια και καθοδήγηση της.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	σελ. 7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ. 8
ΜΕΡΟΣ 1 <sup>ο</sup> - ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	σελ. 11
1.1 Ορισμός των προσφύγων	σελ. 12
1.2 Η ιστορία των προσφύγων	σελ. 13
1.2.1 Τούρκοι πρόσφυγες από την Οδηράν, 1913	σελ. 13
1.2.2 Ρώσοι πρόσφυγες κοντά στο Στάλιγκραντ, 1942	σελ. 15
1.2.3 Πολωνοί πρόσφυγες στην Τεχεράνη, Ιράν σε στρατόπεδο εκκένωσης Αμερικάνικου Ερυθρού Σταυρού	σελ. 15
1.2.4 Μεταπολεμικές μεταφορές μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο	σελ. 16
1.2.5 Γερμανικοί πρόσφυγες από την ανατολική Πρωσία, 1945	σελ. 16
1.2.6 Εβραίοι πρόσφυγες από την Ευρώπη διαμαρτύρονται σε στρατόπεδο προσφύγων στην Κύπρο	σελ. 17
1.3 Προβλήματα στην υγεία των προσφύγων	σελ. 19
1.3.1 Ελονοσία	σελ. 20
1.3.2 Οδοντιατρικά προβλήματα	σελ. 21
1.4 Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης	σελ. 22
1.5 Οι πρόσφυγες στην Ελλάδα	σελ. 27
1.6 Η υγειονομική περίθαλψη των προσφύγων στην Ελλάδα	σελ. 28
1.7 Η περίθαλψη των παιδιών των προσφύγων	σελ. 29
1.7.1 Κίνδυνοι και προστατευτικοί παράγοντες για τα παιδιά των Προσφύγων	σελ. 31
1.7.2 Υγεία των προσφύγων και των παιδιών τους	σελ. 32

1.7.3 Παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την ζωή στην χώρα	σελ. 35
ΜΕΡΟΣ 2 <sup>ο</sup> - ΕΙΔΙΚΟ	σελ. 38
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ. 39
ΣΚΟΠΟΣ	σελ. 40
ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ	σελ. 40
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	σελ. 43
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	σελ. 46
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	σελ. 49
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	σελ. 52
ABSTRACT	σελ. 54
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ. 56

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο απόκτησης τίτλου μεταπτυχιακών σπουδών του Π.Μ.Σ. του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών του τμήματος της Ιατρικής Σχολής με τίτλο: «Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση». Πρόκειται για μία ερευνητική εργασία, με σκοπό την ανάδειξη των συχνότερων αιτιών εισαγωγής παιδών προσφύγων και την σύγκριση αυτών ως προς τις αιτίες εισαγωγής παιδών τα οποία είναι μέλη αυτόχθονων οικογενειών. Σκοπός, ακόμη, της εργασίας είναι να διερευνήσει τη σχέση που προκύπτει ανάμεσα στις δύο πληθυσμιακές ομάδες ως προς το φύλλο, την ηλικία και τον τόπο καταγωγής όσον αφορά στον προσφυγικό πληθυσμό και να εξετάσει αν υπάρχουν συχνές επανείσοδοι με ίδιες η διαφορετικές αιτίες εισαγωγής σε σχέση με την αρχική. Η εργασία αποτελείται από το γενικό μέρος, που επικεντρώνεται σε μία σύντομη αναδρομή στο παρελθόν από τα πρώτα προσφυγικά κύματα και η αναφορά φτάνει έως τη σημερινή πραγματικότητα. Επίσης, συμπεριλαμβάνει στοιχεία που προκύπτουν από πρόσφατες έρευνες, κυρίως στην Ελλάδα, σχετικά με την υγεία (σωματική και ψυχολογική) των παιδών προσφύγων, καθώς και πληροφορίες που αφορούν την υγειονομική περίθαλψη τους. Στο ειδικό μέρος παρατίθεται η ερευνητική εργασία, για την διεξαγωγή της οποίας αντλήθηκαν στοιχεία από την Α΄ Πανεπιστημιακή Κλινική του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία». Τα στοιχεία συλλέχτηκαν μέσω των ηλεκτρονικών φακέλων των ασθενών και στη συνέχεια κωδικοποιήθηκαν, ώστε να είναι δυνατή η στατιστική τους ανάλυση. Για τα αποτελέσματα που προέκυψαν, έγινε αναζήτηση παρόμοιων βιβλιογραφικών αναφορών σε επίσημα δημοσιευμένα άρθρα για τυχόν συσχετισμούς και συγκρίσεις. Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι έμμεσο στόχο της παρούσας ερευνητικής εργασίας αποτελεί η συμβολή της στην καλύτερη κατανόηση των αναγκών του προσφυγικού πληθυσμού, με σκοπό την πιο ποιοτική παροχή φροντίδας, καθώς ο πληθυσμός αναφοράς είναι πολυάριθμος, οι συνθήκες διαβίωσης τους είναι διαφορετικές και η γνώση μας σχετικά με το πώς θα καλύψουμε τις υγειονομικές ανάγκες και όχι μόνο των ατόμων αυτών δεν είναι τόσο επαρκείς ακόμη. Τέλος, να δώσει ερέθισμα για περαιτέρω διερεύνηση σχετικά με τις διαφοροποιήσεις που προκύπτουν στα αίτια εισαγωγής των δύο εν λόγω πληθυσμιακών ομάδων.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια και, κυρίως, από το έτος 2015, υπάρχει συνεχής αυξανόμενη ροή μεταναστευτικού και προσφυγικού κύματος από την Εγγύς και Μέση Ανατολή, τη Βόρεια Αφρική και τα Βαλκάνια σε πολλά ευρωπαϊκά κράτη. Βασική επιδίωξη των ανθρώπων αυτών, που ωθούνται να εγκαταλείψουν τη χώρα τους με την ελπίδα για ένα καλύτερο μέλλον, αποτελεί η αίτηση άσυλου. Στα κράτη αυτά ανήκει και η δική μας χώρα, η Ελλάδα, η οποία καλείται να φιλοξενήσει και να ενσωματώσει, ορισμένες φορές, αυτές τις μεγάλες μάζες πληθυσμού, μεταξύ αυτών και πολλά παιδιά. Ο αριθμός των εγγεγραμμένων αιτούντων για άσυλο έφτασε σχεδόν στο ήμισυ του ενός εκατομμυρίου, σε καταγραφή της Γερμανίας, με χώρα προέλευσης, κατεξοχήν, τη Συρία, αλλά, σχεδόν, όλοι παραμένουν δημοσιονομικά αδήλωτοι. Περίπου το 25% των αιτούντων για άσυλο είναι παιδιά.<sup>1</sup> Οι βασικότεροι λόγοι που ωθούν στη μετανάστευση είναι οι πόλεμοι, οι εμφύλιες συρράξεις, οι ασταθείς πολιτικές συνθήκες, η βία, η τρομοκρατία, η καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, η ανεργία, καθώς και λόγοι θρησκευτικής ή πολιτικής ελευθερίας. Τα παιδιά-πρόσφυγες είναι οι μόνοι που δεν ευθύνονται γιατί έχασαν τα σπίτια και τους γονείς τους, γιατί βρέθηκαν ξαφνικά σε μια βάρκα στα ανοιχτά της θάλασσας, ούτε για τους κινδύνους και τις κάθε είδους ταλαιπωρίες και κακοποιήσεις που υφίστανται. Τα παιδιά-πρόσφυγες φτάνουν στις εκάστοτε χώρες σε κατάσταση απόγνωσης, συχνά ασυνόδευτα, εγκαταλείποντας τη χώρα τους προκειμένου να διαφύγουν τον κίνδυνο και έχοντας βιώσει τραυματικές εμπειρίες, έχοντας δει γονείς και συγγενείς να φυλακίζονται, να εξαφανίζονται ή ακόμη και να εκτελούνται. Αντιμετωπίζουν σοβαρότατα προβλήματα επιβίωσης, στερούνται οικογενειακών και κοινωνικών δεσμών και έχουν προβλήματα επικοινωνίας, λόγω γλωσσικών και πολιτισμικών διαφορών. Η υγεία αυτών των παιδιών κινδυνεύει και, συχνά, ο κίνδυνος μεγαλώνει λόγω των κακών συνθηκών υγιεινής, της έλλειψης καθαρού νερού, του υποσιτισμού, των τραυματισμών, της έλλειψης εμβολίων και των συνθηκών διαβίωσης σε πολυπληθείς χώρους.<sup>2,3</sup>

Υπάρχει μια σύγχυση στη κοινή γνώμη σχετικά με τους πρόσφυγες και τους μετανάστες, γεγονός που, ενδεχομένως, οφείλεται στο ότι και οι δύο πληθυσμιακές κατηγορίες χρησιμοποιούν σε μεγάλο βαθμό τους ίδιους τρόπους και τα ίδια μέσα μετακίνησης από τη μια χώρα στην άλλη και στο ότι στις χώρες που καταλήγουν αντιμετωπίζονται με τον ίδιο, σχεδόν, τρόπο, κυρίως με επιφυλακτικότητα και



δυσπιστία, κάποιες φορές, ακόμη και με απόρριψη. Ο διαχωρισμός θα πρέπει εν τούτοις να γίνει σαφής, αφού οι πρόσφυγες δεν επιλέγουν να φύγουν από τη χώρα τους αλλά αναγκάζονται να την εγκαταλείψουν καθώς απειλείται η ζωή ή η ελευθερία τους, ενώ η επιστροφή στη χώρα τους πολλές φορές θέτει σε κίνδυνο ακόμη και την ίδια τη ζωή τους. Αντίθετα, οι μετανάστες ωθούνται να αναχωρήσουν από τη χώρα τους για οικονομικής φύσεως λόγους, με κύριο σκοπό την ανεύρεση καλύτερων συνθηκών διαβίωσης, ενώ, στην περίπτωση που επιστρέψουν στην πατρίδα τους, συνεχίζουν να έχουν την παρεχόμενη εκεί προστασία σε αντίθεση με τους πρόσφυγες. Εν τούτοις, τόσο οι πρόσφυγες όσο και οι μετανάστες επιζητούν υγειονομική περίθαλψη-φροντίδα στα δημόσια νοσοκομεία, παρουσιάζοντας πολλαπλά κοινά στοιχεία στο επιδημιολογικό τους προφίλ, χωρίς να είναι γνωστό αν το πλεονέκτημα στην υγεία επικρατεί στις κατηγορίες μετανάστευσης του πρόσφυγα, της οικονομίας και της οικογένειας.<sup>4</sup>

Αν και τα στοιχεία για τα αποτελέσματα του προσφυγικού κύματος όσον αφορά την υγεία είναι περιορισμένα λόγω του ότι οι διοικητικές βάσεις δεδομένων υγείας δεν καταγράφουν συστηματικά τις μεταβλητές που σχετίζονται με τους πρόσφυγες, σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη στον Καναδά φαίνεται ότι οι αναπνευστικές λοιμώξεις ανήκουν στις κυριότερες αιτίες νόσου των προσφυγικών πληθυσμών.<sup>5-7</sup> Πρόκληση αποτελούν τα άτομα που κατοικούν σε περιβάλλοντα κατασκήνωσης ιδιαίτερα ευάλωτα στην έκθεση σε αερομεταφερόμενες ασθένειες. Το σύστημα κατασκήνωσης, κατανομής τροφίμων, νερού, καυσόξυλων ενθαρρύνει τη συγκέντρωση μεγάλων ομάδων σε μικρούς, περιορισμένους χώρους. Επιπλέον, ο υποσιτισμός, η υψηλή πληθυσμιακή πυκνότητα και οι ανεπαρκείς συνθήκες στέγης μπορούν να συμβάλουν στην αύξηση των ποσοστών που παρατηρούνται σε αυτόν τον πληθυσμό. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι οι ιογενείς λοιμώξεις μπορεί να επιδεινώσουν τις χρόνιες ή τις επαναλαμβανόμενες αναπνευστικές καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένου του άσθματος, γεγονός που δημιουργεί ένα πρόσθετο βάρος των αναπνευστικών ιών.<sup>8,9</sup>

Η στοιχειώδης ιατρική περίθαλψη των παιδών-προσφύγων θα πρέπει να περιλαμβάνει: 1) Υγεία και υγιεινή. 2) Οικογενειακές υπηρεσίες υγείας, όπου θα παρακολουθείται η υγεία των παιδιών. 3) Στοιχειώδεις θεραπείες υγείας, για τις σημαντικότερες θανατηφόρες ασθένειες. 4) Εμβολιασμούς, για την προστασία διαφόρων ασθενειών. 5) Εκπαίδευση σε θέματα υγείας για τη παροχή γνώσεων όσον

αφορά στην πρόληψη ασθενειών ιδιαίτερα σχετικά με τη δημόσια υγεία.<sup>10</sup> Συνεπώς, η έγκαιρη και επαρκής ιατρική περίθαλψη για τους πρόσφυγες είναι απαραίτητη. Ειδικά στα παιδιά, τα οποία συχνά υποφέρουν από μολυσματικές ασθένειες, η αντιβιοτική θεραπεία συχνά συνταγογραφείται, αλλά μπορεί να είναι λιγότερο αποτελεσματική εάν η ασθένεια προκαλείται από ανθεκτικούς σε αντιβιοτικά οργανισμούς.<sup>11</sup>

## **ΜΕΡΟΣ 1<sup>ο</sup> - ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## 1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ

Πρόσφυγας είναι το άτομο το οποίο έχει αναγκαστεί να διασχίσει τα εθνικά σύνορα δίχως ιθαγένεια, εξαιτίας εύλογου φόβου εκδίωξης λόγω φυλής, θρησκείας, ιθαγένειας, πολιτικών πεποιθήσεων ή κοινωνικής ομάδας. Η επιστροφή του πρόσφυγα με ασφάλεια στην ίδια του τη χώρα και, κατ' επέκταση, η επίκληση προστασίας από τη χώρα αυτή είναι ανέφικτα. Ο ορισμός αυτός προέρχεται βάσει της Σύμβασης της Γενεύης του 1951 «περί προσφύγων» και το συμπληρωματικό Πρωτόκολλο της Νέας Υόρκης του 1967. Ένα τέτοιο πρόσωπο μπορεί να ονομάζεται αιτών άσυλο μέχρι την αναγνώριση του καθεστώτος του πρόσφυγα από το συμβαλλόμενο κράτος ή το Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών του Ύπατου Αρμοστή των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες (United Nations High Commissioner for Refugees - UNHCR) εάν υποβάλει τυπικά αίτηση ασύλου. Περίπου 140 από τα 190 συνολικά κράτη του κόσμου έχουν αναγνωρίσει την παραπάνω συνθήκη και πρωτόκολλο.<sup>12,13</sup> Τα κράτη μέλη οφείλουν να παρέχουν προστασία στους πρόσφυγες και να ασπαστούν την αρχή της μη επιστροφής τους. Ο επικεφαλής διεθνής οργανισμός που συντονίζει την προστασία των προσφύγων είναι ο UNHCR. Τα Ηνωμένα Έθνη διαθέτουν ένα δεύτερο Γραφείο για τους πρόσφυγες, (United Nations Relief Works Agency - UNRWA), το οποίο είναι αποκλειστικά υπεύθυνο για τη στήριξη της μεγάλης πλειονότητας των Παλαιστινίων προσφύγων.<sup>14</sup>

Παρόμοιοι όροι έχουν περιγράψει την έννοια του πρόσφυγα και σε άλλες γλώσσες. Το προσφυγικό κύμα χαρακτηρίζεται από τη μετανάστευση μεγάλου μεγέθους ενός συγκεκριμένου πληθυσμού από έναν τόπο προέλευσης, όπως είναι ο βιβλικός απολογισμός των Ισραηλινών που εγκαταλείπουν την ασσυριακή γη (περίπου το 740 π.Χ.). Στα αγγλικά, ο όρος πρόσφυγας προέρχεται από τη ρίζα της λέξης «καταφύγιο», από το παλαιό γαλλικό καταφύγιο, που σημαίνει κρυψώνα. Αναφέρεται σε «καταφύγιο ή προστασία από κίνδυνο ή αγωνία», από τη Λατινική λέξη Fugere, δηλαδή «να φύγει» και το refugee, «ανάληψη καταφυγίου, τόπος για να φύγουμε πίσω». Στη Δυτική ιστορία, ο όρος εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στους Γάλλους Huguenots, μετά το διάταγμα του Fontainebleau (1540), ο οποίος μετανάστευσε και πάλι από τη Γαλλία μετά το διάταγμα της αναίρεσης της Nantes (1685). Η λέξη σήμαινε "ένα άτομο που ζητούσε άσυλο", μέχρι το 1914, όταν εξελίχθηκε για να σημαίνει "μια φυγή στο σπίτι", που εφαρμόστηκε, στην περίπτωση,

αυτή στους πολίτες της Φλάνδρας που κατευθύνονταν προς τα δυτικά για να αποφύγουν τις μάχες στον Α Παγκόσμιο Πόλεμο.<sup>15</sup>

## **1.2 Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ**

### **1.2.1 ΤΟΥΡΚΟΙ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΔΗΡΑΝ, 1913**

Ένα εκατομμύριο Αρμένιοι αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν τα σπίτια τους στην Ανατολία το 1915 και πολλοί είτε πέθαναν είτε δολοφονήθηκαν στη διάρκεια του ταξιδιού τους προς τη Συρία.<sup>16,17</sup> Ο όρος πρόσφυγας εφαρμόστηκε κάποτε σε άτομα που θα μπορούσαν να ταιριάζουν με τον ορισμό που περιγράφεται στη Σύμβαση του 1951, εάν εφαρμοζόταν αναδρομικά. Υπάρχουν πολλοί υποψήφιοι. Για παράδειγμα, μετά το διάταγμα του Fontainebleau το 1685 για τον παράνομο προτεσταντισμό στη Γαλλία, εκατοντάδες χιλιάδες κατέφυγαν στην Αγγλία, την Ολλανδία, την Ελβετία, τη Νότια Αφρική, τη Γερμανία και την Πρωσία. Τα επαναλαμβανόμενα κύματα που σάρωσαν την Ανατολική Ευρώπη τον 19ο και τον 20ο αιώνα προκάλεσαν μαζική εβραϊκή μετανάστευση (πάνω από 2 εκατομμύρια Ρώσοι Εβραίοι μετανάστευσαν την περίοδο 1881-1920).<sup>18,19</sup> Η αρχή έγινε τον 19ο αιώνα, όπου οι μουσουλμάνοι μετανάστευσαν στην Τουρκία από την Ευρώπη. Οι Βαλκανικοί Πόλεμοι του 1912-1913 είχαν ως αποτέλεσμα 800.000 άτομα να εγκαταλείψουν τα σπίτια τους. Διάφορες ομάδες ανθρώπων χαρακτηρίστηκαν επισήμως ως πρόσφυγες στον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο.<sup>15</sup>

Ο πρώτος διεθνής συντονισμός που αφορούσε τις υποθέσεις των προσφύγων ήταν η Ύπατη Επιτροπή Προσφύγων που δημιουργήθηκε μαζί με την Κοινωνία των Εθνών το 1921. Ο Nansen και η Επιτροπή κατηγορήθηκαν για την παροχή βοήθειας στους περίπου 1.500.000 ανθρώπους που εγκατέλειψαν τη Ρωσική Επανάσταση του 1917 και τον επακόλουθο εμφύλιο πόλεμο (1917-1921). Εκτιμάται ότι περίπου 800.000 Ρώσοι πρόσφυγες έγιναν ανιθαγενείς όταν ο Λένιν ανακάλεσε την ιθαγένεια για όλους τους Ρώσους ομογενείς το 1921.<sup>16</sup>

Το 1923, η εντολή της Επιτροπής επεκτάθηκε για να συμπεριλάβει περισσότερους από ένα εκατομμύριο Αρμένιους που έφυγαν από την τουρκική Μικρά Ασία το 1915 και το 1923 λόγω μιας σειράς γεγονότων που είναι γνωστή ως Αρμενική Γενοκτονία. Κατά τα επόμενα χρόνια, η εντολή επεκτάθηκε περαιτέρω για να καλύψει τους Ασσύριους και τους Τούρκους πρόσφυγες.<sup>16</sup> Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, ένας πρόσφυγας ορίστηκε ως άτομο σε μια ομάδα για την οποία η

Ένωση των Εθνών είχε εγκρίνει μια εντολή, σε αντίθεση με ένα πρόσωπο στο οποίο εφαρμόζεται ένας γενικός ορισμός.

Η ανταλλαγή πληθυσμών μεταξύ Ελλάδας και Τουρκίας, το 1923, αφορούσε περίπου δύο εκατομμύρια ανθρώπους (περίπου 1,5 εκατομμύριο Ανατολικούς Έλληνες και 500.000 Μουσουλμάνους στην Ελλάδα), οι περισσότεροι από τους οποίους αναγκάστηκαν να επαναπατριστούν και να μετουσιωθούν από τις πατρίδες αιώνων ή χιλιετιών (και να εγγυηθούν την εθνικότητα της χώρας προορισμού) με μια συνθήκη που προωθείται και εποπτεύεται από τη διεθνή κοινότητα ως μέρος της Συνθήκης της Λοζάνης (1923).

Το αμερικανικό Κογκρέσο ψήφισε το νόμο περί καταβολής έκτακτης ανάγκης το 1921, ακολουθούμενο από το νόμο περί μετανάστευσης του 1924. Ο νόμος περί μετανάστευσης του 1924 αποσκοπούσε στον περαιτέρω περιορισμό των χωρών της Νότιας και Ανατολικής Ευρώπης, ιδίως των Εβραίων, Ιταλών και Σλάβων, οι οποίοι είχαν αρχίσει να εισέρχονται στη χώρα από το 1890. Οι περισσότεροι Ευρωπαίοι πρόσφυγες (κυρίως Εβραίοι και Σλάβοι) που εγκατέλειψαν τους Ναζί και τη Σοβιετική Ένωση αποκλείστηκαν από τη μετάβαση τους στις Ηνωμένες Πολιτείες μέχρι τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο.<sup>16</sup>

Το 1930, ιδρύθηκε, ως διάδοχος οργανισμός στην Επιτροπή, το Διεθνές Γραφείο Προσφύγων Nansen (Γραφείο Nansen). Το πιο αξιοσημείωτο επίτευγμα του ήταν το διαβατήριο Nansen, το οποίο αποτέλεσε ταξιδιωτικό έγγραφο για τους πρόσφυγες, και για το οποίο του απονεμήθηκε το βραβείο Νόμπελ Ειρήνης του 1938. Το Γραφείο του Nansen μαστιζόταν, όμως, από προβλήματα χρηματοδότησης, από την αύξηση του αριθμού των προσφύγων και από την έλλειψη συνεργασίας από ορισμένα κράτη μέλη, γεγονός που οδήγησε σταδιακά σε συνολική αποτυχία του. Ωστόσο, το γραφείο του Nansen κατάφερε να οδηγήσει δεκατέσσερα έθνη στην επικύρωση της σύμβασης του 1933 για τους πρόσφυγες, μια πρόωρη και σχετικά μετριοπαθής προσπάθεια καταγραφής ανθρωπίνων δικαιωμάτων και γενικά βοήθησε, περίπου, ένα εκατομμύριο πρόσφυγες παγκοσμίως.<sup>17</sup>

Η άνοδος του ναζισμού οδήγησε σε μια τόσο μεγάλη αύξηση του αριθμού των προσφύγων από τη Γερμανία που, το 1933, η ένωση δημιούργησε μια υψηλή επιτροπή για πρόσφυγες που προέρχονταν μόνο από τη χώρα αυτή. Εκτός από τα άλλα μέτρα των Ναζί που δημιούργησαν φόβο και ανασφάλεια, οι Εβραίοι

απογυμνώθηκαν από την ιθαγένεια τους βάσει του νόμου περί ιθαγένειας Ράιχ του 1935.<sup>18</sup> Η εντολή της Ύπατης Επιτροπής επεκτάθηκε, στη συνέχεια, και περιλάμβανε άτομα από την Αυστρία και το Σουδάν, τα οποία η Γερμανία επισύναψε μετά την 1η Οκτωβρίου 1938 σύμφωνα με τη Συμφωνία του Μονάχου. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Βοήθειας για τους Πρόσφυγες, η πραγματική καταμέτρηση των προσφύγων από την Τσεχοσλοβακία την 1η Μαρτίου 1939 ανήλθε σε περίπου 150.000 άτομα.<sup>19</sup> Μεταξύ του έτους 1933 και του 1939, περίπου 200.000 Εβραίοι που εγκατέλειψαν τον ναζισμό κατάφεραν να βρουν καταφύγιο στη Γαλλία, ενώ, τουλάχιστον, 55.000 Εβραίοι κατάφεραν να βρουν καταφύγιο στην Παλαιστίνη πριν από το κλείσιμο του εν λόγω προορισμού από τις βρετανικές αρχές το 1939.<sup>20</sup>

### **1.2.2 ΡΩΣΟΙ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ ΚΟΝΤΑ ΣΤΟ ΣΤΑΛΙΝΓΚΡΑΝΤ, 1942**

Στις 31 Δεκεμβρίου 1938, τόσο το γραφείο Nansen όσο και η Ύπατη Επιτροπή διαλύθηκαν και αντικαταστάθηκαν από το γραφείο του Ύπατου Αρμοστή για τους Πρόσφυγες υπό την προστασία του συνεταιρισμού.<sup>21</sup> Τα γεγονότα αυτά συμπίπτουν χρονικά με την αναγκαστική μετακίνηση αρκετών εκατοντάδων χιλιάδων Ισπανών στη Γαλλία μετά την ήττα τους από τους εθνικιστές το 1939 στον ισπανικό εμφύλιο πόλεμο.

### **1.2.3 ΠΟΛΩΝΟΙ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ ΣΤΗΝ ΤΕΧΕΡΑΝΗ, ΙΡΑΝ ΣΕ ΣΤΡΑΤΟΠΕΔΟ ΕΚΚΕΝΩΣΗΣ ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ, 1943**

Η σύγκρουση και η πολιτική αστάθεια κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου οδήγησαν σε τεράστιο αριθμό προσφύγων. Το 1943, οι Σύμμαχοι δημιούργησαν τη Διοίκηση Αρωγής και Αποκατάστασης των Ηνωμένων Εθνών (United Nations Relief Rehabilitation Administration - UNRRA) για την παροχή βοήθειας σε περιοχές που απελευθερώθηκαν από δυνάμεις του Άξονα, συμπεριλαμβανομένων των τμημάτων της Ευρώπης και της Κίνας. Μέχρι το τέλος του πολέμου, η Ευρώπη είχε πάνω από 40 εκατομμύρια πρόσφυγες.<sup>22</sup> Η UNRRA συμμετείχε στην επιστροφή περισσότερων από επτά εκατομμυρίων προσφύγων, που, στη συνέχεια, αναφέρονται ως εκτοπισθέντες στη χώρα προέλευσής τους και στην εγκατάσταση καταυλισμών εκτοπισμένων για ένα εκατομμύριο πρόσφυγες που αρνήθηκαν να επαναπατριστούν. Ακόμη και δύο χρόνια μετά το τέλος του πολέμου, περίπου 850.000 άνθρωποι διαβίωναν ακόμα σε στρατόπεδα σε ολόκληρη τη Δυτική Ευρώπη. Από την ίδρυσή του, το Ισραήλ δέχτηκε πάνω από 650.000

πρόσφυγες μέχρι το 1950. Μέχρι το 1953, περισσότεροι από 250.000 πρόσφυγες ήταν ακόμα στην Ευρώπη, οι περισσότεροι από αυτούς ηλικιωμένοι, ανήλικοι, παγιδευμένοι ή έχοντες κάποιου είδους αναπηρία.

#### **1.2.4 ΜΕΤΑΠΟΛΕΜΙΚΕΣ ΜΕΤΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ Β' ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΠΟΛΕΜΟ**

Αφού οι σοβιετικές ένοπλες δυνάμεις κατέλαβαν την Ανατολική Πολωνία από τους Γερμανούς το 1944, οι Σοβιετικοί κήρυξαν μονομερώς ένα νέο σύνορο μεταξύ της Σοβιετικής Ένωσης και της Πολωνίας περίπου στη γραμμή Curzon. Η πολωνική κυβέρνηση η οποία βρισκόταν εξόριστη στο Λονδίνο διαμαρτυρήθηκε έντονα μαζί με τους δυτικούς συμμάχους στη Διάσκεψη της Τεχεράνης. Ωστόσο, οι σύμμαχοι στη Διάσκεψη της Γιάλτας το Φεβρουάριο του 1945 συμφώνησαν στην επαναφορά σε μια τροποποίηση της γραμμής Curzon.<sup>23</sup> Η Διάσκεψη του Πότσναμ τον Ιούλιο του 1945 μετά την πτώση του τρίτου Reich όριζε τη διαίρεση της Γερμανίας υπό την κατοχή των Συμμάχων καθώς και τη συνεχιζόμενη ύπαρξη του γερμανικού κράτους στο σύνολό του, το οποίο θα περιλάμβανε τα ανατολικά εδάφη του ως τις 31 Δεκεμβρίου του 1937. Αντιθέτως, οι επαρχίες της Πολωνίας ανατολικά της τροποποιημένης γραμμής Curzon προσαρτήθηκαν στη Σοβιετική Ένωση.<sup>24,25</sup>

Τους τελευταίους μήνες του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, περίπου πέντε εκατομμύρια Γερμανοί πολίτες από τις γερμανικές επαρχίες της Ανατολικής Πρωσίας, Πομερανίας και Σιλεσίας εγκατέλειψαν τα εδάφη τα οποία ήταν υπό την κατοχή του Σοβιετικού στρατού στα ανατολικά και έγιναν πρόσφυγες στο Μεκλεμβούργο, στο Βρανδεμβούργο και στη Σαξονία.<sup>26</sup> Όταν οι Σύμμαχοι συναντήθηκαν στη Διάσκεψη του Πότσναμ, οι δυνάμεις κατοχής ήρθαν αντιμέτωποι με μια χαοτική κατάσταση από τους πρόσφυγες. Στις συμφωνίες της Διάσκεψης του Πότσναμ, τοποθετήθηκε το ένα τέταρτο της επικράτειας της Γερμανίας υπό την προσωρινή πολωνική διοίκηση. Το άρθρο XII διέταξε να μεταφερθούν δυτικά οι υπόλοιποι γερμανικοί πληθυσμοί στην Πολωνία, την Τσεχοσλοβακία και την Ουγγαρία κατά τρόπο «τακτοποιημένο και ανθρώπινο», όπως αναφέρθηκε στις συναντήσεις της Διάσκεψης του Πότσναμ.<sup>27,28</sup>

#### **1.2.5 ΓΕΡΜΑΝΟΙ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΠΡΩΣΙΑ, 1945**

Παρ' όλο που δεν εγκρίθηκε από τους Συμμάχους στο Πότσναμ, εκατοντάδες χιλιάδες Εθνοφύλακες που ζούσαν στη Γιουγκοσλαβία και τη Ρουμανία απελάθηκαν



στη Σοβιετική Ένωση, στη Συμμαχική Γερμανία, στη συνέχεια στη Λαϊκή Δημοκρατία της Γερμανίας (Αυστρία), καθώς και στην Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας (Δυτική Γερμανία). Αυτό συνεπαγόταν την μεγαλύτερη μεταφορά πληθυσμού στην ιστορία. Συγκεκριμένα, υπολογίζεται ότι επηρεάστηκαν 15 εκατομμύρια Γερμανοί, ενώ έγινε απέλαση πάνω από δύο εκατομμύρια ατόμων γερμανικού πληθυσμού κατά την διάρκεια των ετών 1944-1950.<sup>19,27</sup> Μεταξύ του τέλους του πολέμου και της ανέγερσης του Τείχους του Βερολίνου το 1961, περισσότεροι από 563.700 πρόσφυγες από την Ανατολική Γερμανία ταξίδεψαν στη Δυτική Γερμανία ζητώντας άσυλο από τη σοβιετική κατοχή.

Την ίδια περίοδο, εκατομμύρια πρώην Ρώσοι πολίτες επαναπατρίστηκαν ενάντια στη θέλησή τους στην ΕΣΣΔ (Ένωση Σοβιετικών Σοσιαλιστικών Δημοκρατιών). Στις 11 Φεβρουαρίου 1945, στο τέλος της Διάσκεψης της Γιάλτας, οι Ηνωμένες Πολιτείες και το Ηνωμένο Βασίλειο υπέγραψαν συμφωνία επαναπατριsmού με την ΕΣΣΔ.<sup>20</sup> Η ερμηνεία αυτής της Συμφωνίας είχε ως αποτέλεσμα τον βίαιο επαναπατριsmό όλων των Σοβιετικών, ανεξάρτητα από τις επιθυμίες τους. Όταν ο πόλεμος τερματίστηκε τον Μάιο του 1945, οι βρετανικές και αμερικανικές πολιτικές αρχές διέταξαν τις στρατιωτικές τους δυνάμεις στην Ευρώπη να απελάσουν στη Σοβιετική Ένωση εκατομμύρια πρώην κατοίκους της ΕΣΣΔ, συμπεριλαμβανομένων πολλών ατόμων που είχαν εγκαταλείψει τη Ρωσία και κατοικούσαν σε διαφορετικές πολιτείες δεκαετίες πριν. Οι αναγκαστικές επιχειρήσεις επαναπατριsmού πραγματοποιήθηκαν από το 1945 έως το 1947.<sup>21</sup>

### **1.2.6 ΕΒΡΑΙΟΙ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΔΙΑΜΑΡΤΥΡΟΝΤΑΙ ΣΕ ΣΤΡΑΤΟΠΕΔΟ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ ΤΟ 1947**

Στο τέλος του Β Παγκοσμίου Πολέμου, υπήρχαν περισσότεροι από 5 εκατομμύρια «εκτοπισμένοι» από τη Σοβιετική Ένωση στη Δυτική Ευρώπη. Περίπου 3 εκατομμύρια ήταν εργάτες (Ostarbeiters) στη Γερμανία και στα κατεχόμενα εδάφη.<sup>18</sup> Οι Σοβιετικοί στρατιώτες τέθηκαν υπό τη δικαιοδοσία των Ειδικών Μεθόδων Ανίχνευσης Κατασκοπείας (SMERSH ή Death Spies). Από τους 5.7 εκατομμύρια Σοβιετικούς αιχμαλώτους πολέμου που καταλήφθηκαν από τους Γερμανούς, 3.5 εκατομμύρια είχαν πεθάνει ενώ βρίσκονταν στη γερμανική αιχμαλωσία μέχρι το τέλος του πολέμου. Οι επιζώντες, κατά την επιστροφή τους στην

ΕΣΣΔ, αντιμετωπίστηκαν ως προδότες. Πάνω από 1,5 εκατομμύρια στρατιώτες του Κόκκινου Στρατού που επέζησαν από τους Ναζί φυλακίστηκαν στο Γκούλαγκ.<sup>19</sup>

Η Πολωνία και η Σοβιετική Ουκρανία διενήργησαν ανταλλαγές πληθυσμών μετά την επιβολή νέου πολωνικού-σοβιετικού συνόρου στη Γραμμή Curzon το 1944. Περίπου 2.100.000 Πολωνοί εκδιώχθηκαν δυτικά των νέων συνόρων, ενώ, περίπου, 450.000 Ουκρανοί εκδιώχθηκαν προς τα ανατολικά των νέων συνόρων. Η μεταφορά πληθυσμού στη Σοβιετική Ουκρανία συνέβη από το Σεπτέμβριο του 1944 έως τον Μάιο του 1946. Περίπου 200.000 Ουκρανοί αποχώρησαν νοτιοανατολικά της Πολωνίας περισσότερο ή λιγότερο οικειοθελώς μεταξύ των 1944 και 1945.<sup>27</sup>

Σύμφωνα με την έκθεση της Επιτροπής των Ηνωμένων Πολιτειών για τους Πρόσφυγες (1995), το 10 έως 15% των 7,5 εκατομμυρίων του πληθυσμού του Αζερμπαϊτζάν ήταν πρόσφυγες ή εκτοπισμένοι. Οι περισσότεροι από αυτούς ήταν 228.840 πρόσφυγες του Αζερμπαϊτζάν που εγκατέλειψαν την Αρμενία το 1988, ως αποτέλεσμα της πολιτικής απέλασης.<sup>28</sup>

Ο Διεθνής Οργανισμός Προσφύγων (International Refugee Organization - IRO) ιδρύθηκε στις 20 Απριλίου 1946 και ανέλαβε τα καθήκοντα της Υπηρεσίας Αρωγής και Αποκατάστασης των Ηνωμένων Εθνών, η οποία τέθηκε εκτός λειτουργίας το 1947. Ενώ η παράδοση σχεδιάστηκε στις αρχές του 1947, δεν συνέβη πριν τον Ιούλιο του 1947. Ο Διεθνής Οργανισμός Προσφύγων ήταν μια προσωρινή οργάνωση των Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ), η οποία είχε ιδρυθεί το 1945, με εντολή να ολοκληρώσει σε μεγάλο βαθμό το έργο της UNRRA για επαναπατρισμό ή επανεγκατάσταση των ευρωπαίων προσφύγων. Διαλύθηκε το 1952 μετά την επανεγκατάσταση, περίπου, ενός εκατομμυρίου προσφύγων. Ο ορισμός του πρόσφυγα εκείνη την χρονική στιγμή αφορούσε άτομα που είχαν στην κατοχή τους διαβατήριο Nansen είτε πιστοποιητικό ταυτότητας που είχε εκδοθεί από τον Διεθνή Οργανισμό Προσφύγων.<sup>29,30</sup>

Το Σύνταγμα του Διεθνούς Οργανισμού Προσφύγων, που εγκρίθηκε από τη Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών στις 15 Δεκεμβρίου 1946, διευκρίνισε το πεδίο δράσης του οργανισμού. Συγκεκριμένα, αυτό οριζόταν ως «πρόσωπα γερμανικής εθνικής καταγωγής» που είχαν απελαθεί ή επρόκειτο να απελαθούν από τις χώρες που γεννήθηκαν στη μεταπολεμική Γερμανία, ως άτομα που «δεν θα αποτελούσαν ανησυχία του Οργανισμού». Αυτό απέκλειε από την αρμοδιότητά του

μια ομάδα που υπερέβαινε σε αριθμό όλους τους υπόλοιπους ευρωπαίους εκτοπισμένους. Επίσης, λόγω των διαφωνιών μεταξύ των δυτικών συμμάχων και της Σοβιετικής Ένωσης, ο Διεθνής Οργανισμός Προσφύγων εργάστηκε μόνο σε περιοχές που ελέγχονταν από τις δυτικές στρατιές κατοχής.<sup>30</sup>

### 1.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ

Οι πρόσφυγες, συνήθως, εμφανίζουν φτωχότερα επίπεδα υγείας, σε σύγκριση με άλλους μετανάστες και με τους μη μεταναστευτικούς πληθυσμούς. Εκτός από τις φυσικές πληγές ή την πείνα, ένα μεγάλο ποσοστό προσφύγων αναπτύσσει συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες (ΔΜΣ) ή κατάθλιψης. Αυτά τα μακροπρόθεσμα ψυχικά προβλήματα μπορούν να παρεμποδίσουν, σοβαρά, τη λειτουργικότητα του ατόμου σε καθημερινές δραστηριότητες. Η κατάσταση αυτή κάνει τα πράγματα ακόμη χειρότερα για τους εκτοπισμένους που αντιμετωπίζουν ένα νέο περιβάλλον και δύσκολες καταστάσεις. Επίσης, διατρέχουν υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας. Μεταξύ άλλων συμπτωμάτων, η μετατραυματική αγχώδης διαταραχή περιλαμβάνει άγχος, υπερβολική εγρήγορση, αϋπνία, σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, κινητικές δυσκολίες, αποτυχημένη βραχυπρόθεσμη μνήμη, αμνησία, εφιάλτες και παράλυση ύπνου. Οι αναταράξεις είναι χαρακτηριστικές της διαταραχής: ο ασθενής βιώνει ξανά και ξανά το τραυματικό συμβάν ή μεμονωμένα περιστατικά του. Η κατάθλιψη είναι, επίσης, χαρακτηριστική για ασθενείς με ΔΜΣ και μπορεί, ακόμη, να συμβεί χωρίς συνοδεία ΔΜΣ.<sup>31</sup>

Το ΔΜΣ διαγνώστηκε σε 34,1% παιδιά από την Παλαιστίνη, τα περισσότερα από τα οποία ήταν πρόσφυγες, αγόρια και εργαζόμενοι. Οι συμμετέχοντες ήταν 1.000 παιδιά ηλικίας 12 έως 16 ετών από κυβερνητικές, ιδιωτικές και σχολικές υπηρεσίες UNRWA των Ηνωμένων Εθνών στην Ανατολική Ιερουσαλήμ και σε διάφορες κυβερνήσεις στη Δυτική Όχθη.<sup>32</sup>

Μια άλλη μελέτη έδειξε ότι το 28,3% των Βοσνίων προσφύγων είχε συμπτώματα ΔΜΣ τρία ή τέσσερα χρόνια μετά την άφιξή τους στη Σουηδία. Από αυτούς, οι γυναίκες είχαν, επίσης, σημαντικά υψηλότερους κινδύνους εμφάνισης κατάθλιψης, άγχους και ψυχολογικής δυσφορίας από τις γυναίκες που γεννήθηκαν στη Σουηδία. Για την κατάθλιψη, ο δείκτης πιθανότητας ήταν 9.5% μεταξύ των βοσνιακών γυναικών.<sup>33</sup>

Μια μελέτη του Τμήματος Παιδιατρικής και Επείγουσας Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Βοστώνης έδειξε ότι το είκοσι τοις εκατό των ανήλικων προσφύγων του Σουδάν που ζουν στις Ηνωμένες Πολιτείες είχε διάγνωση μετατραυματικού άγχους. Επίσης, ήταν πιθανότερο να έχουν χαμηλότερες βαθμολογίες σε όλα τα είδη ερωτηματολογίων σχετικά με την υγεία των παιδιών.<sup>34</sup>

Σε μια μελέτη για το Ηνωμένο Βασίλειο, βρέθηκε ότι οι πρόσφυγες είναι κατά 4 ποσοστιαίες μονάδες πιο πιθανό να αναφέρουν ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τον πληθυσμό που δεν έχει μεταναστεύσει. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα για άλλες ομάδες μεταναστών, οι οποίες ήταν λιγότερο πιθανό να αναφέρουν ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας σε σύγκριση με το μη μεταναστευτικό πληθυσμό.<sup>35,36</sup>

Πολλές ακόμη μελέτες καταδεικνύουν το πρόβλημα. Μία μετα-ανάλυση που διεξήχθη από το τμήμα ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης στο νοσοκομείο του Warneford στο Ηνωμένο Βασίλειο στην οποία περιλήφθηκαν είκοσι έρευνες, παρείχε αποτελέσματα για 6.743 ενήλικους πρόσφυγες από επτά χώρες. Στις μεγαλύτερες μελέτες, το 9% διαγνώστηκε με διαταραχή μετατραυματικού στρες και 5% με μείζονα κατάθλιψη, με ενδείξεις υψηλής ψυχιατρικής συννοσηρότητας. Πέντε έρευνες για 260 παιδιά πρόσφυγες από τρεις χώρες ανέδειξαν ποσοστό 11% για τη μετατραυματική αγχώδη διαταραχή. Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, οι πρόσφυγες που επανεγκαθίστανται στις δυτικές χώρες είναι, περίπου, 10 φορές πιο πιθανό να έχουν ΔΜΣ από τους ηλικιωμένους γενικούς πληθυσμούς στις χώρες αυτές. Σε παγκόσμιο επίπεδο, δεκάδες χιλιάδες πρόσφυγες και πρώην πρόσφυγες που έχουν επανεγκατασταθεί στις δυτικές χώρες έχουν, πιθανώς, διαταραχή μετατραυματικού άγχους.<sup>32,33</sup>

### **1.3.1 ΕΛΟΝΟΣΙΑ**

Οι πρόσφυγες είναι, συχνά, πιο επιρρεπείς σε ασθένειες για διάφορους λόγους, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης ανοσίας έναντι τοπικών στελεχών της ελονοσίας και άλλων ασθενειών. Η μετατόπιση ενός λαού μπορεί να δημιουργήσει ευνοϊκές συνθήκες για τη μετάδοση της νόσου. Τα στρατόπεδα προσφύγων είναι, συνήθως, πυκνοκατοικημένα με κακές συνθήκες υγιεινής. Η απομάκρυνση της βλάστησης, τα δομικά υλικά ή τα καυσόξυλα είναι κάποιες από τις αιτίες που μπορεί να οδηγήσουν τα κουνούπια σε στενότερη αλληλεπίδραση με τον άνθρωπο. Στη

δεκαετία του 1970, Αφγανοί πρόσφυγες που μεταφέρθηκαν στο Πακιστάν έφυγαν από μια χώρα με αποτελεσματική στρατηγική ελέγχου της ελονοσίας, σε μια χώρα με λιγότερο αποτελεσματικό σύστημα.<sup>37</sup>

Τα στρατόπεδα προσφύγων που χτίστηκαν κοντά σε ποτάμια ή περιοχές άρδευσης είχαν υψηλότερη επικράτηση της ελονοσίας από ό,τι τα στρατόπεδα προσφύγων που χτίστηκαν σε ξηρές εκτάσεις. Η τοποθεσία των καταυλισμών προσφέρεται για την καλύτερη αναπαραγωγή των κουνουπιών και, επομένως, για μεγαλύτερη πιθανότητα μετάδοσης της ελονοσίας. Τα παιδιά ηλικίας 1-15 ετών ήταν τα πιο ευάλωτα σε λοίμωξη από ελονοσία, γεγονός που αποτελεί σημαντική αιτία θνησιμότητας σε παιδιά μικρότερα των 5 ετών. Η ελονοσία ήταν η αιτία του 16% των θανάτων σε παιδιά πρόσφυγες ηλικίας κάτω των 5 ετών. Η ελονοσία είναι μία από τις πιο συχνά αναφερθείσες αιτίες θανάτου σε πρόσφυγες και εκτοπισμένους. Από το 2014, οι αναφορές για περιπτώσεις ελονοσίας στη Γερμανία διπλασιάστηκαν σε σχέση με τα προηγούμενα έτη, με την πλειονότητα των περιπτώσεων να εντοπίζονται σε πρόσφυγες από την Ερυθραία.<sup>38</sup>

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνιστά ότι όλοι οι άνθρωποι σε περιοχές που είναι ενδημικές για την ελονοσία να χρησιμοποιούν μακράς διάρκειας εντομοκτόνα δίχτυα. Μια μελέτη κοόρτης διαπίστωσε ότι, στα στρατόπεδα προσφύγων στο Πακιστάν, τα κρεβάτια με κουνουπιέρα που έχουν υποστεί επεξεργασία με εντομοκτόνα ήταν πολύ χρήσιμα για τη μείωση των περιπτώσεων ελονοσίας. Μια ενιαία επεξεργασία των δικτύων με το εντομοκτόνο περμεθρίνη είχε προστατευτική δράση καθ' όλη τη διάρκεια περιόδου 6 μηνών.<sup>39</sup>

### **1.3.2 ΟΔΟΝΤΙΑΡΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**

Η υγεία της στοματικής κοιλότητας είναι άμεσα συνδεδεμένη με την γενικότερη υγεία ενός ατόμου και την ποιότητα ζωής του. Το κάπνισμα, η μη συνεπής στοματική υγιεινή καθώς και η υπέρμετρη κατανάλωση ζάχαρης και αλκοόλ είναι οι κύριοι υπεύθυνοι για τις στοματικές ασθένειες που δημιουργούνται. Ένας παράγοντας που εικάζεται ακόμη για την ανάπτυξη τερηδόνας είναι η κατανάλωση εμφιαλωμένου νερού αντί του φθορισμένου νερού που προέρχεται από το δίκτυο. Σύμφωνα με έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί στην Αυστραλία, σε καταυλισμούς προσφύγων η μυρωδιά του φθοριούχου νερού έφερνε αποστροφή στους πρόσφυγες οι

οποίοι προκειμένου να ξεδιψάσουν επέλεξαν εμφιαλωμένα νερά ή ακόμη και αναψυκτικά.<sup>40</sup>

Τον μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν τα παιδιά των προσφύγων για την ανάπτυξη οδοντιατρικών νοσημάτων. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί στη Βόρεια Αμερική, το 75% των παιδιών προσφύγων πάσχει από παραμελημένη τερηδόνα. Οι συνεχείς μετακινήσεις του πληθυσμού σε συνδυασμό με το άγχος τους για την κάλυψη των άμεσων αναγκών τους, η κατανάλωση μη ποιοτικού φαγητού, τα γλωσσικά εμπόδια, η μη άμεση πρόσβαση στα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας καθώς και ο τρόπος καταγωγής με ορισμένες παραδοσιακές συνήθειες είναι κάποιες από τις σημαντικότερες αιτίες για την ανάπτυξη οδοντιατρικών προβλημάτων που πάσχουν οι πρόσφυγες.<sup>41</sup>

#### **1.4 ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

Η πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες ενός κράτους εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων κατά πόσον ο πρόσφυγας έχει λάβει επίσημο άσυλο, βρίσκεται σε στρατόπεδο προσφύγων ή σε διαδικασία επανεγκατάστασης τρίτων χωρών. Η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες συνιστά την ενσωμάτωση της πρόσβασης τους στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης πρωτοβάθμιας περίθαλψης και επείγουσας περίθαλψης της χώρας υποδοχής τους. Οι υπηρεσίες προτεραιότητας περιλαμβάνουν τομείς υγείας της μητέρας και του παιδιού, εμβολιασμούς, εξέταση και θεραπεία της φυματίωσης και υπηρεσίες σχετικές με το ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας/σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, (HIV/AIDS). Παρά τις δηλωμένες πολιτικές για την πρόσβαση των προσφύγων στην υγειονομική περίθαλψη σε διεθνές επίπεδο, τα ενδεχόμενα εμπόδια στην πρόσβαση αυτή αφορούν τη γλώσσα, πολιτισμικούς παράγοντες, το υψηλό οικονομικό κόστος, τα διοικητικά εμπόδια και τη φυσική απόσταση. Συγκεκριμένα, εμπόδια και πολιτικές που σχετίζονται με την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας προκύπτουν, επίσης, βάσει του πλαισίου της χώρας υποδοχής. Για παράδειγμα, το primaquine, μια θεραπεία που συχνά συνιστάται για την ελονοσία δεν είναι προς το παρόν διαθέσιμο για χρήση στη Γερμανία και πρέπει να παραγγελθεί εκτός της χώρας.<sup>42</sup>

Στον Καναδά, τα εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνουν την έλλειψη κατάλληλα καταρτισμένων ιατρών, τις περίπλοκες

ιατρικές καταστάσεις ορισμένων προσφύγων και τη γραφειοκρατία της ιατρικής περίθαλψης. Υπάρχουν, επίσης, μεμονωμένοι φραγμοί στην πρόσβαση, όπως προβλήματα μετακίνησης, γλωσσικά και θεσμικά εμπόδια, γραφειοκρατικές επιβαρύνσεις και έλλειψη γνώσεων σχετικά με τα δικαιώματά τους, καθώς και φραγμοί σε επίπεδο συστημάτων, όπως αντικρουόμενες πολιτικές, ρατσισμός και έλλειψη εργατικού υγειονομικού δυναμικού.<sup>43</sup> Στις ΗΠΑ, όλοι οι επίσημα χαρακτηρισμένοι ιρακινοί πρόσφυγες είχαν κάλυψη σε ασφάλιση υγείας σε σύγκριση με λίγο περισσότερο από τους μισούς μη ιρακινούς μετανάστες σε μελέτη που διεξήχθη στο Dearborn Michigan. Εντούτοις, υπήρχαν μεγαλύτερα εμπόδια γύρω από τη μεταφορά, τη γλώσσα και τους επιτυχείς μηχανισμούς αντιμετώπισης του άγχους για τους πρόσφυγες έναντι των άλλων μεταναστών. Μέσω της μελέτης διαπιστώθηκε, επίσης, ότι οι πρόσφυγες είχαν υψηλότερο ποσοστό χρησιμοποίησης της υγειονομικής περίθαλψης (92,1%) σε σύγκριση με τον συνολικό πληθυσμό των ΗΠΑ (84,8%) και τους μετανάστες (58,6%) στον πληθυσμό μελέτης.<sup>44</sup>

Εντός της Αυστραλίας, οι πρόσφυγες με επίσημη ιδιότητα που τυγχάνουν προσωρινής προστασίας και οι πρόσφυγες στην ανοικτή θάλασσα είναι επιλέξιμοι για υγειονομικές αξιολογήσεις, παρεμβάσεις και πρόσβαση σε συστήματα ασφάλισης, υγείας και συμβουλευτικές υπηρεσίες σχετιζόμενες με τραύματα. Παρά το γεγονός ότι είναι επιλέξιμοι για πρόσβαση στις υπηρεσίες, τα εμπόδια περιλαμβάνουν οικονομικούς περιορισμούς όσον αφορά στο αντιληπτό και πραγματικό κόστος που μεταφέρουν οι πρόσφυγες. Επιπλέον, οι πρόσφυγες πρέπει να αντιμετωπίσουν ένα εργατικό δυναμικό στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που δεν γνωρίζει τις μοναδικές ανάγκες υγείας τους. Τα αντιληπτά νομικά εμπόδια, όπως ο φόβος ότι η αποκάλυψη ιατρικών συνθηκών που απαγορεύουν την επανένωση μελών της οικογένειας και οι τρέχουσες πολιτικές που μειώνουν τα προγράμματα βοήθειας, ενδέχεται, επίσης, να περιορίσουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.<sup>45</sup>

Η παροχή πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη για τους πρόσφυγες μέσω της ένταξής τους στα σημερινά συστήματα υγείας των χωρών υποδοχής μπορεί, επίσης, να είναι δύσκολη όταν λειτουργούν σε περιβάλλον περιορισμένης χρήσης πόρων. Σε αυτό το πλαίσιο, τα εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να περιλαμβάνουν την πολιτική αποστροφή στη χώρα υποδοχής και την ήδη τεταμένη ικανότητα του υπάρχοντος συστήματος υγείας. Η πολιτική αποστροφή στην

πρόσβαση των προσφύγων στο υφιστάμενο σύστημα υγείας μπορεί να απορρέει από το ευρύτερο ζήτημα της επανεγκατάστασης των προσφύγων. Μια προσέγγιση για τον περιορισμό αυτών των φραγμών είναι η μετάβαση από ένα παράλληλο διοικητικό σύστημα, στο οποίο οι πρόσφυγες της Ύπατης Αρμοστείας των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες μπορούν να λαμβάνουν καλύτερη υγειονομική περίθαλψη από ότι οι αυτόχθονες της χώρας υποδοχής. Το σύστημα αυτό, όμως, είναι οικονομικά και πολιτικά μη βιώσιμο για ολοκληρωμένη περίθαλψη των προσφύγων και των φιλοξενούμενων. Στη δεκαετία του 1980, το Πακιστάν προσπάθησε να αντιμετωπίσει την πρόσβαση των προσφύγων στο Αφγανιστάν μέσω της δημιουργίας βασικών μονάδων υγείας εντός των στρατοπέδων. Οι περικοπές χρηματοδότησης έκλεισαν πολλά από αυτά τα προγράμματα, αναγκάζοντας τους πρόσφυγες να αναζητήσουν υγειονομική περίθαλψη από την τοπική κυβέρνηση. Σε απάντηση της παρατεταμένης κατάστασης των προσφύγων στην περιοχή του Δυτικού Νείλου, αξιωματούχοι της Ουγκάντα με την Ύπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες δημιούργησαν ένα ολοκληρωμένο μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης για την πλειοψηφία του προσφυγικού πληθυσμού του Σουδάν και τους κατοίκους της Ουγκάντα. Οι τοπικοί κάτοικοι έχουν, πλέον, πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη σε εγκαταστάσεις που δημιουργήθηκαν αρχικά για πρόσφυγες.<sup>42,45</sup>

Ένα δυνητικό επιχείρημα για τον περιορισμό της πρόσβασης των προσφύγων στην υγειονομική περίθαλψη συνδέεται με το κόστος και την πρόθεση των κρατών να μειώσουν τις επιβαρύνσεις των δαπανών για την υγεία. Ωστόσο, η Γερμανία διαπίστωσε ότι ο περιορισμός της πρόσβασης των προσφύγων οδήγησε σε αύξηση των πραγματικών δαπανών σε σχέση με τους πρόσφυγες που είχαν πλήρη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι νομικοί περιορισμοί σχετικά με την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και τα διοικητικά εμπόδια στη Γερμανία έχουν επικριθεί από τη δεκαετία του 1990 για την πρόκληση καθυστερημένης φροντίδας, για την αύξηση του άμεσου κόστους και του διοικητικού κόστους της υγειονομικής περίθαλψης και για τη μετατόπιση της ευθύνης για τη φροντίδα από τις λιγότερο δαπανηρές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε δαπανηρές θεραπείες για οξείες καταστάσεις στον δευτερογενή και τριτογενή τομέα.<sup>46,47</sup>

Οι πληθυσμοί των προσφύγων αποτελούνται από ανθρώπους που είναι τρομοκρατημένοι και βρίσκονται μακριά από το οικείο περιβάλλον τους. Δυστυχώς οι περιπτώσεις εκμετάλλευσης από τα χέρια των αξιωματούχων επιβολής του νόμου,



των πολιτών της χώρας υποδοχής και ακόμη και των ειρηνευτικών δυνάμεων των Ηνωμένων Εθνών είναι πιθανές. Έχουν τεκμηριωθεί περιπτώσεις παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, παιδική εργασία, ψυχικά και σωματικά τραύματα/βασανιστήρια, τραύματα που σχετίζονται με τη βία και τη σεξουαλική εκμετάλλευση, ιδιαίτερα των παιδιών. Σε πολλά προσφυγικά στρατόπεδα σε τρεις χώρες της Δυτικής Αφρικής, τη Σιέρρα Λεόνε, τη Γουινέα και τη Λιβερία, τα νεαρά κορίτσια βρέθηκαν να ανταλλάσσουν σεξ με χρηματική αμοιβή μια χούφτα φρούτων ή ακόμη και ένα σαπούνι. Τα περισσότερα από αυτά τα κορίτσια ήταν μεταξύ 13 και 18 ετών. Και κατά μέσο όρο έμειναν έγκυες γύρω στην ηλικία των 15 ετών. Αυτό συνέβη, μόλις, το 2001. Οι γονείς έτειναν να κλείνουν τα μάτια επειδή η σεξουαλική εκμετάλλευση είχε γίνει «μηχανισμός επιβίωσης» σε αυτούς τους καταυλισμούς.<sup>48,49</sup>

Ιστορικά, οι προσφυγικοί πληθυσμοί συχνά απεικονίζονται ως απειλή για την ασφάλεια. Στην Ευρώπη και την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), έχει δοθεί μεγάλη έμφαση στην αφήγηση ότι οι τρομοκράτες διατηρούν δίκτυα μεταξύ διακρατικών, προσφύγων και μεταναστών πληθυσμών. Αυτός ο φόβος έχει μεταβληθεί σε ένα σύγχρονο ισλαμικό τρομοκρατικό δούρειο ίππο, στο οποίο οι τρομοκράτες κρύβονται ανάμεσα στους πρόσφυγες και διεισδύουν στις χώρες υποδοχής. Ο «μουσουλμανικός πρόσφυγας-ως-εχθρός» μέσα στην πολιτική είναι σχετικά νέος όρος, αλλά αποτελεί το εξιλαστήριο θύμα όλων των εξωτερικών ομάδων για τα εγχώρια κοινωνικά προβλήματα και τους φόβους. Στη δεκαετία του 1890, η εισροή εβραϊκών προσφύγων της Ανατολικής Ευρώπης στο Λονδίνο, σε συνδυασμό με την άνοδο του αναρχισμού στην πόλη, οδήγησαν σε μία συλλογική αντίληψη περί απειλής και φόβου της ομάδας των προσφύγων.<sup>50,51</sup>

Η διακρατική εμπειρική επαλήθευση ή απόρριψη της λαϊκίστικης υπόνοιας και ο φόβος της απειλής των προσφύγων για την εθνική ασφάλεια και τις δραστηριότητες που σχετίζονται με την τρομοκρατία είναι, σχετικά, περιορισμένη. Περιστασιακές μελέτες υποδεικνύουν ότι η απειλή ενός Ισλαμικού προσφυγικού Σώματος είναι υπερβολική.<sup>52,53</sup> Από τους 800.000 πρόσφυγες που ελέγχθηκαν μέσω του προγράμματος επανεγκατάστασης στις Ηνωμένες Πολιτείες μεταξύ 2001 και 2016, μόνο πέντε συνελήφθησαν μετέπειτα για κατηγορίες τρομοκρατίας και 17 από τους 600.000 Ιρακινούς και Συριανούς που ήρθαν στη Γερμανία το 2015 ερευνήθηκαν για τρομοκρατία. Μία μελέτη διαπίστωσε ότι οι ευρωπαίοι τζιχαντιστές τείνουν να είναι «εγχώριοι»: πάνω από το 90% ήταν κάτοικοι ευρωπαϊκής χώρας και

60% είχαν ευρωπαϊκή ιθαγένεια. Αν και τα στατιστικά στοιχεία δεν υποστηρίζουν τη κοινή γνώμη, σε μια έρευνα σε δέκα ευρωπαϊκές χώρες (Ουγγαρία, Πολωνία, Ολλανδία, Γερμανία, Ιταλία, Σουηδία, Ελλάδα, Ηνωμένο Βασίλειο, Γαλλία και Ισπανία) που δημοσιεύθηκε στις 11 Ιουλίου 2016 ποσοστό 52%-76% των ερωτηθέντων σε οκτώ χώρες (Ουγγαρία, Πολωνία, Ολλανδία, Γερμανία, Ιταλία, Σουηδία, Ελλάδα και Ηνωμένο Βασίλειο) αναφέρει ότι οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι οι πρόσφυγες αυξάνουν την πιθανότητα τρομοκρατίας στη χώρα τους. Από το 1975, στις ΗΠΑ, ο κίνδυνος θανάτου σε τρομοκρατική επίθεση από πρόσφυγα είναι 1 στα 3,6 δισεκατομμύρια ετησίως.<sup>54</sup>

Στην Ευρώπη, ο φόβος της μετανάστευσης, ο ισλαμισμός και ο ανταγωνισμός στον τομέα της απασχόλησης και της ευημερίας προκάλεσαν αύξηση της βίας. Οι μετανάστες θεωρούνται απειλή για την εθνική ταυτότητα και αυξάνουν τις ανησυχίες για την εγκληματικότητα και την ανασφάλεια.<sup>55</sup>

Σε έρευνα, το 50% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι οι πρόσφυγες επιβαρύνουν το κράτος λόγω του ανταγωνισμού εργασίας και κοινωνικής ωφέλειας.<sup>56</sup> Όταν η Σουηδία έλαβε άνω των 160.000 αιτούντων άσυλο το 2015, διενεργήθηκαν 50 επιθέσεις εναντίον αιτούντων άσυλο, οι οποίες ήταν περισσότερες από τέσσερις φορές περισσότερες από τις επιθέσεις που σημειώθηκαν τα προηγούμενα τέσσερα χρόνια. Στο επίπεδο των περιστατικών, η τρομοκρατική επίθεση στην Utøya Νορβηγίας του 2011 από τον Μπρέιβικ καταδεικνύει τον αντίκτυπο αυτής της αντίληψης για την απειλή σχετικά με τον κίνδυνο μιας χώρας από την εσωτερική τρομοκρατία, ιδίως τον εθνικιστικό εξτρεμισμό. Ο Μπρέιβικ απεικονίστηκε ως προστάτης της νορβηγικής εθνικής ταυτότητας και ασφάλειας, καταπολεμώντας την εγκληματικότητα των μεταναστών, την κατάχρηση του ανταγωνισμού και της πρόνοιας και την ισλαμική εξαγορά.<sup>57,58</sup>

Σύμφωνα με μια μελέτη, τα κράτη συχνά προσφεύγουν σε εκδηλώσεις βίας κατά των προσφύγων ως απάντηση σε τρομοκρατικές επιθέσεις ή κρίσεις ανασφάλειας. Η μελέτη επισημαίνει ότι υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η καταστολή των προσφύγων είναι ένας μηχανισμός ανεύρεσης ενός αποδιοπομπαίου τράγου, παρόλο που τα δεδομένα αποδεικνύουν ότι δεν υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ προσφύγων και τρομοκρατίας.<sup>59,60</sup>

## 1.5 ΟΙ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Από τις αρχές του 2015, σχεδόν ένα εκατομμύριο άνθρωποι πέρασαν από την ακτή της Τουρκίας σε ένα από τα ελληνικά νησιά, προσπαθώντας να φτάσουν σε μια από τις πλούσιες χώρες της βόρειας Ευρώπης. Αυτός είναι ο μεγαλύτερος μαζικός εκτοπισμός πληθυσμού στην πρόσφατη ιστορία και μία από τις μείζονες ανθρωπιστικές κρίσεις που αντιμετώπισε η Ευρώπη μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο.<sup>61</sup>

Τα προβλήματα προκύπτουν από τις ακτογραμμές της χώρας μας και μας επηρεάζουν όλους. Το πρόβλημα αυτό, δυστυχώς, γίνεται όλο και μεγαλύτερο, αφού η Ελλάδα βρίσκεται στα πρόθυρα της χρεοκοπίας και το ελληνικό κράτος και ο λαός του δυσκολεύονται να συντηρήσουν τον εαυτό τους. Ωστόσο, αυτοί οι άνθρωποι έχουν ανάγκη την φιλανθρωπία των κατοίκων, με τους ντόπιους να προσφέρουν, παρά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.<sup>62</sup>

Αρχικά οι άνθρωποι που ζούσαν στην Ελλάδα υποτιμούσαν το πρόβλημα και το μέγεθος των προσφύγων που προέρχονταν από την ανατολή. Ένα άλλο φαινόμενο το οποίο παρατηρείται σε σχέση με το θέμα αυτό, είναι ότι το επίπεδο γνώσεων σχετικά με συγκεκριμένες πτυχές του προβλήματος φαίνεται να είναι πολύ περιορισμένο.

Είναι γεγονός ότι ο Ελληνικός λαός είναι κυρίως απογοητευμένος για άλλη μια φορά από τη στάση της ΕΕ, καθώς όπως συνέβη και με την οικονομική κρίση στην Ελλάδα, η χώρα παρέμεινε μόνη της για να αντιμετωπίσει ένα τεράστιο πρόβλημα και, αντί για βοήθεια, έλαβε αρνητικά και μη ικανοποιητικά σχόλια από άλλες χώρες-μέλη της ΕΕ.

Η στάση αυτή θεωρείται άδικη δεδομένου ότι χιλιάδες πρόσφυγες φθάνουν στην Ελλάδα καθημερινά και η χώρα λαμβάνει πολύ λίγη βοήθεια και χρηματοδότηση και γενικότερα υποστήριξη από την ΕΕ ώστε να αντιμετωπίσει το πρόβλημα, παρόλο που αυτό είναι σαφώς ένα κοινό ευρωπαϊκό πρόβλημα και όχι ένα πρόβλημα μόνο της Ελλάδας. Επιπλέον, όλα συμβαίνουν σε μια περίοδο όπου η Ελλάδα αγωνίζεται κυριολεκτικά να επιβιώσει και να θεραπεύσει τις πληγές της.<sup>62,63</sup>

Εντούτοις, σε μια χώρα όπου περίπου το 30% του πληθυσμού της είναι άνεργοι και πάνω από το 30% είναι κάτω από τα όρια της φτώχειας, οι Έλληνες

έχουν υποδεχτεί το προσφυγικό κύμα με θετική στάση και αίσθημα ευθύνης. Έχοντας βιώσει την προσφυγιά στην Εγγύς Ανατολή λιγότερο από έναν αιώνα πριν κατανοούν και δείχνουν την αλληλεγγύη τους. Κάποτε ορισμένες από τις ελληνικές οικογένειες αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν τα σπίτια και την περιουσία τους στις ακτές της Τουρκίας για μία νέα αρχή στην Ελλάδα για το υπόλοιπο της ζωής τους. Αυτές, λοιπόν, είναι κάποιες από τις ομοιότητες που υπενθυμίζουν στους Έλληνες την ιστορική καταστροφή, δεδομένου ότι τα σημερινά Ελληνικά νησιά δέχονται από τις τουρκικές ακτές τις αφίξεις των προσφύγων. Οι Έλληνες, γενικά, εκφράζουν συναισθήματα συμπάθειας και αλληλεγγύης προς τα προβλήματα των προσφύγων στην Ελλάδα, γεγονός που επιβεβαιώνεται από τις δικές τους ενέργειες. Ακόμη και οι φτωχοί άνθρωποι δίνουν από το υστέρημα τους για φιλανθρωπικούς σκοπούς. Οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ) από την Ελλάδα και το εξωτερικό προσπαθούν να βοηθήσουν όσο μπορούν και πολλοί Έλληνες δρουν ατομικά προσφέροντας βοήθεια.<sup>61,63</sup>

Αυτό το έργο φιλανθρωπίας και αλληλεγγύης λαμβάνει χώρα καθημερινά σε πολλά μέρη της Ελλάδας και, ιδιαίτερα, κοντά στα βόρεια σύνορα όπου οι περισσότεροι πρόσφυγες συγκεντρώνονται με μοναδικό τους όνειρο να περάσουν τα σύνορα και τελικά να φθάσουν σε μια πλούσια ευρωπαϊκή χώρα, όπως η Γερμανία ή η Γαλλία, για να εγκατασταθούν εκεί και να οικοδομήσουν μια νέα ζωή. Οι πρόσφυγες αποφεύγουν να μένουν στα στρατόπεδα προσφύγων μήπως και "παγιδευτούν" εκεί και το ταξίδι τους καθυστερήσει, κι έτσι, μάλλον, προτιμούν να παραμείνουν σε ανοιχτές περιοχές με σκοπό να είναι όσο πιο κοντά στα σύνορα με ό,τι αυτό συνεπάγεται. Οι δυσχέρειες και οι προκλήσεις που ανακύπτουν αφορούν όλους, πρώτον τους ίδιους τους πρόσφυγες και, κατ' επέκταση, το ελληνικό κράτος, τις ΜΚΟ καθώς και όλους τους εθελοντές που καταβάλουν υπεράνθρωπες προσπάθειες να συνεισφέρουν.<sup>64</sup>

## **1.6 Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΨΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία, οι αιτούντες άσυλο έχουν το δικαίωμα της πρόσβασης στην αναγκαία υγειονομική, φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της απαραίτητης ψυχιατρικής περίθαλψης, όπου ενδείκνυται. Με τον νόμο 4368/2016, παρέχεται ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες δημόσιας

υγείας και φαρμακευτική περίθαλψη για άτομα ευάλωτα και χωρίς κοινωνική ασφάλιση καθώς και για τις οικογένειες τους.

Παρά το ευνοϊκό νομικό πλαίσιο, η πραγματική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, παρεμποδίζεται στην πράξη από τη σημαντική έλλειψη πόρων και δυναμικότητας τόσο για τους πρόσφυγες όσο και για τον τοπικό πληθυσμό, ως αποτέλεσμα των πολιτικών λιτότητας που ακολουθούνται στην Ελλάδα, καθώς και της έλλειψης επάρκειας πολιτισμικών μεσολαβητών. «Ο τομέας της δημόσιας υγείας, ο οποίος έχει πληγεί σοβαρά από διαδοχικά μέτρα λιτότητας, βρίσκεται υπό ακραίες πιέσεις και στερείται της ικανότητας κάλυψης όλων των αναγκών για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, που αφορούν αφενός τον τοπικό πληθυσμό αφετέρου τους πρόσφυγες».<sup>65</sup>

Στα νησιά του Ανατολικού Αιγαίου, η πρόσβαση στην υγεία παραμένει ιδιαίτερα περιορισμένη εξαιτίας της έλλειψης προσωπικού, σε συνδυασμό με τον συνεχιζόμενο υπερπληθυσμό. Για παράδειγμα, σε κέντρο συγκέντρωσης της Σάμου υπήρχε μόνο ένας γιατρός που παρουσιάζει το σύνολο των ιατρικών αναγκών το 2018, ενώ ο πληθυσμός του συγκεκριμένου κέντρου υπερέβη το πενταπλάσιο της ικανότητας του κέντρου. Δεδομένου ότι ο γιατρός παραιτήθηκε τον Φεβρουάριο του 2019, οι ανάγκες υγείας καλύπτονται τώρα μόνο από το νοσοκομείο του νησιού. Όπως σημειώνει η Ύπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες, «σε όλα τα νησιά και σε κάποιους καταυλισμούς στην ηπειρωτική χώρα, ο χαμηλός αριθμός υπαλλήλων του Υπουργείου Υγείας, ιδίως των ιατρών και των πολιτιστικών διαμεσολαβητών, δεν επαρκεί για να βοηθήσει τους πρόσφυγες σε σχέση με τις ιατρικές και ψυχοκοινωνικές τους ανάγκες. Οι περιορισμένοι δημόσιοι οργανισμοί ψυχικής υγείας στην Ελλάδα αποτελούν ιδιαίτερη μέριμνα».<sup>61,63,66</sup>

## **1.7 Η ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ**

Περίπου ένα εκατομμύριο παιδιά που ζητούν άσυλο καταγράφηκαν στην ΕΕ κατά τη διάρκεια του 2015-2017, εκ των οποίων 200.000 (ένα στα πέντε) έφθασαν ασυνόδευτοι από έναν φροντιστή.<sup>67</sup> Αυτή η τεχνική καθοδήγηση επικεντρώνεται στην αρχική ανταπόκριση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για τις ανάγκες αυτών των παιδιών. Όλες οι χώρες της ευρωπαϊκής περιφέρειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας έχουν υπογράψει και επικυρώσει τη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού. Τα παραπάνω προσδιορίζουν ορισμένους

τομείς όπου η κατάσταση υγείας των παιδιών θα βελτιωνόταν εάν οι χώρες συμμορφώνονταν περισσότερο με αυτές τις υποχρεώσεις. Η ιατρική φροντίδα για χρόνιες διαταραχές και η αποκατάσταση για αναπηρίες είναι, συχνά, οι πιο πιεστικές ανάγκες των παιδιών προσφύγων, ενώ η φροντίδα είναι η πιο κοινή. Επιπλέον, τα παιδιά πρόσφυγες από χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα έχουν μεγαλύτερο βάρος χρόνιων μολυσματικών διαταραχών σε σύγκριση με εκείνα από χώρες υψηλού εισοδήματος και αυτές οι διαταραχές πρέπει να εντοπιστούν και να αντιμετωπιστούν.<sup>68,69</sup> Η έλλειψη πρόσβασης στην προληπτική υγειονομική περίθαλψη στις χώρες προέλευσης καθιστά τα προγράμματα εμβολιασμού μια υψηλή προτεραιότητα για την πρόληψη εκδηλώσεων ιλαράς και άλλων διαταραχών που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με εμβόλια. Σχετικά με την αντιμετώπιση των αναγκών ψυχικής υγείας, απαιτείται μια ολιστική και οικογενειακή στρατηγική δημόσιας υγείας. Αυτό απαιτεί τη συνεργασία μεταξύ πολλών διαφορετικών τομέων της κοινωνίας, με ιδιαίτερη σπουδαιότητα την εκπαίδευση στα σχολεία και τα προσχολικά ιδρύματα. Υπάρχουν, επίσης, στοιχεία που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα πιο συγκεκριμένων παρεμβάσεων για την προαγωγή της ευημερίας, παραδείγματος χάριν οι ψυχοεκπαιδευτικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση του ψυχολογικού τραύματος, τα πολιτισμικά ευαίσθητα προγράμματα γονικής υποστήριξης και οι παρεμβάσεις στο σχολικό περιβάλλον.<sup>70,71</sup> Γενικό εύρημα στη βιβλιογραφία είναι ότι οι διαφορές στην κατάσταση υγείας μεταξύ διαφορετικών ομάδων προσφύγων παιδιών είναι μεγαλύτερες από τις διαφορές μεταξύ παιδιών προσφύγων και τοπικών πληθυσμών στην Ευρώπη. Η χώρα προέλευσης αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης, αλλά και το κοινωνικό υπόβαθρο της οικογένειας στη χώρα καταγωγής και τις συνθήκες διαβίωσης στη χώρα προορισμού. Κατά συνέπεια, οι διαδικασίες αξιολόγησης της υγείας/διαλογής πρέπει να εξατομικεύονται. Μια περιεκτική εξατομικευμένη αξιολόγηση υγείας από παιδιατρικό νοσηλευτή ή κλινικό ιατρό, κατά προτίμηση, το συντομότερο δυνατό μετά την άφιξη του παιδιού στη χώρα προορισμού, μπορεί να εντοπίσει τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης που διαφορετικά δεν θα εντοπιζόντουσαν σε μακροχρόνιες περιόδους. Επιτρέπει, επίσης, τη διαλογή, ενδεχομένως, μεταδοτικών διαταραχών και την ενημέρωση των εμβολιασμών. Μια τέτοια προσέγγιση θα διασφάλιζε το κόστος συντονίζοντας τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης με ενδεδειγμένο τρόπο. Η παροχή ιατρικών διερμηνέων και πολιτιστικών διαμεσολαβητών είναι σημαντική για να καταστεί η παροχή φροντίδας στα παιδιά προσφύγων πιο δίκαιη σε σύγκριση με

εκείνη του πληθυσμού υποδοχής. Τα αποδεικτικά στοιχεία που παρουσιάζονται σε αυτή την τεχνική καθοδήγηση βασίζονται κυρίως σε εκθέσεις παρατήρησης και θεωρία, σε συνδυασμό με μεμονωμένες εκτιμητικές μελέτες. Αυτό αντικατοπτρίζει την έλλειψη αξιολόγησης της πολιτικής και συγκεκριμένων παρεμβάσεων σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο διευκολύνεται η υγεία, η ευημερία και η θετική εξέλιξη στα παιδιά προσφύγων στην Ευρώπη. Υπάρχουν μεγάλα κενά γνώσης όσον αφορά στην έρευνα, τις οδούς ανθεκτικότητας και την εκτίμηση του αντίκτυπου των ειδικών παρεμβάσεων που ενδέχεται να είναι αποτελεσματικές για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων. Απαιτείται μακροπρόθεσμη παρακολούθηση για την αξιολόγηση των παρεμβάσεων που αποσκοπούν στην ενίσχυση της ευημερίας, των εκπαιδευτικών αποτελεσμάτων, της απασχόλησης και της κοινωνικής ένταξης. Είναι απαραίτητη η στενή συνεργασία με τους υπεύθυνους για τη χάραξη πολιτικής και τους βασικούς φορείς παροχής υπηρεσιών, για τη διασφάλιση της βέλτιστης μετάφρασης των ευρημάτων σε βιώσιμες πρακτικές.<sup>72,73</sup>

### **1.7.1 ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ**

Η υγεία των παιδιών προσφύγων σχετίζεται τόσο με την κατάσταση της υγείας τους πριν από το ταξίδι τους, όσο και με τους κινδύνους που αντιμετωπίζουν σε όλες τις φάσεις του ταξιδιού και τις παροχές υγείας της χώρας προορισμού. Κατά συνέπεια, οι κίνδυνοι για ένα παιδί θα ποικίλλουν ανάλογα με την ιδιαίτερη εμπειρία του παιδιού στη χώρα καταγωγής, κατά τη διάρκεια του ταξιδιού και μετά την άφιξή του στη χώρα προορισμού. Οι κίνδυνοι για την υγεία συνδέονται με τη χώρα προέλευσης καθώς, επίσης, και με τις αιτίες που οδήγησαν στην αναχώρηση από την χώρα προέλευσης, οι οποίες είναι αρκετές. Συγκεκριμένα, μπορεί να διαφεύγουν από τον πόλεμο και τις συγκρούσεις, να υποφέρουν από παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όπως από βασανιστήρια ή τη σεξουαλική βία ή να ζουν σε ακραίες συνθήκες φτώχειας. Στις ζώνες συγκρούσεων, η υγειονομική περίθαλψη, συχνά, διαταράσσεται και έχει άλλες προτεραιότητες από την πρόληψη. Ως εκ τούτου, τα παιδιά ενδέχεται να μην έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για παρατεταμένες χρονικές περιόδους, γεγονός που τα καθιστά ευάλωτα σε ασθένειες που δεν μπορούν να προληφθούν με εμβόλια. Οι διατροφικές ανεπάρκειες, οι χρόνιες λοιμώξεις και οι μη μεταδοτικές ασθένειες μπορούν, επίσης, να επηρεάσουν τα παιδιά

πρόσφυγες αν και η επιδημιολογία ποικίλλει ανάλογα με την κοινωνική προέλευση, την έκθεση και την εμπειρία στη χώρα προέλευσης.<sup>74,75</sup>

Επιπρόσθετα, ανάλογα με τη διαδρομή, τη μέθοδο μετακίνησης, και τη διάρκεια του ταξιδιού, παρουσιάζονται στο παιδί-πρόσφυγα διαφορετικές προκλήσεις. Κατά τη διέλευση του Αιγαίου Πελάγους μεταξύ της Τουρκίας και της Ελλάδας και της Μεσογείου μεταξύ της Λιβύης και της νότιας Ευρώπης, πολλά παιδιά έχουν πνιγεί με πλοία με υπερπλήρωση.<sup>76</sup> Τα βρέφη που γεννιούνται κατά τη διάρκεια του ταξιδιού διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για σοβαρές και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, συμπεριλαμβανομένης της υποθερμίας, της σηψαιμίας, της μηνιγγίτιδας και της πνευμονίας.<sup>77,78</sup> Αυτά τα βρέφη μπορεί, επίσης, να υποφέρουν από κακή διατροφή, ιδιαίτερα επειδή ο θηλασμός αποτελεί πρόκληση για τις μητέρες κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους. Μια πρόσφατη έρευνα των πλοίων διάσωσης διαπίστωσε ότι η αφυδάτωση και οι δερματολογικές συνθήκες που συνδέονται με την κακή υγιεινή και τις συνθήκες συνωστισμού ήταν κοινές, όπως και νέες και παλαιές τραυματικές βλάβες τόσο από τη βία όσο και από τα ατυχήματα. Έχει σημειωθεί δραματική αύξηση τα τελευταία χρόνια όσον αφορά στον αριθμό των παιδιών που μεταναστεύουν στη νότια Ευρώπη και έχουν υποβληθεί σε φυλάκιση, σεξουαλική βία και απαγωγή κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους, αυξάνοντας τον κίνδυνο τόσο ψυχικών όσο και σωματικών προβλημάτων υγείας. Ένας άλλος κοινός κίνδυνος είναι ο διαχωρισμός των παιδιών από τον φροντιστή τους κατά τη διάρκεια του ταξιδιού. Τα παιδιά περνούν το χρόνο τους σε υπερπλήρη καταλύματα με ανεπαρκείς εγκαταστάσεις υγιεινής, συνθήκες οι οποίες τα θέτουν σε κινδύνους όπως διαρροϊκές νόσους, αναπνευστικές λοιμώξεις, δερματικές λοιμώξεις και άλλες μεταδοτικές ασθένειες.<sup>73,75,79</sup>

### **1.7.2 ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΟΥΣ**

Οι πρόσφυγες έχοντας βιώσει τόσες αντίξοες συνθήκες κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους, ενώ φτάνουν στη χώρα προορισμού, εξακολουθούν να ταλαιπωρούνται με τη παρατεταμένη περίοδο αβεβαιότητας ενώ αναμένουν την επίσημη απάντηση σχετικά με την αίτησή τους για άσυλο.<sup>80</sup> Οι συνθήκες διαβίωσης των παιδιών και των οικογενειών κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου είναι εξουθενωτικές, μεταξύ των οποίων μεσολαβούν συχνές μετακινήσεις σε διαφορετικά περιβάλλοντα, έλλειψη παιχνιδιών ή κατάλληλων χώρων για παιχνίδι, περιορισμένη ή καθόλου πρόσβαση



στο σχολείο, κοινωνική απομόνωση από τους συνομηλίκους. Μια πρόσφατη έρευνα που αφορά τα παιδιά που ζουν σε στρατόπεδα προσφύγων στη Γερμανία ανέδειξε, επίσης, τον υψηλό κίνδυνο τραυματισμού στα παιδιά που διαβιώνουν σε ένα τέτοιου είδους περιβάλλον, όπως για παράδειγμα λόγω πτώσης ενώ παίζουν καθώς και τη μεγάλη συχνότητα εγκαυμάτων.<sup>81,82</sup> Τα παιδιά πρόσφυγες που αντιμετωπίζουν αυτές τις σκληρές συνθήκες αγωνίζονται καθημερινά για την επιβίωση τους χτίζοντας με δυσκολίες το μέλλον τους. Ταυτόχρονα, οι καθημερινοί παράγοντες άγχους που συνδέονται με τον αγώνα για επιβίωση, επιδεινώνονται από τις πιθανές εκδηλώσεις ξενοφοβίας από τους τοπικούς πληθυσμούς. Τα παιδιά προσφύγων με χρόνια προβλήματα υγείας και αναπηρίες αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο αποκλεισμού από την εκπαίδευση και, ενδέχεται, να έχουν χαμηλότερα ποσοστά συμμετοχής στο κοινωνικό σύνολο από άλλα παιδιά με ειδικές ανάγκες.<sup>83-85</sup>

Η υγεία και η υγειονομική περίθαλψη των νεοαφιχθέντων παιδιών προσφύγων στην Ευρώπη διαφέρει καθώς προέρχονται από χώρες με διαφορετικές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες διαβίωσης και από διαφορετικά κοινωνικά στρώματα. Κατά συνέπεια, η κατάσταση υγείας στον πληθυσμό των προσφύγων και των παιδιών τους ποικίλλει σημαντικά. Παρ' όλα αυτά, η κατάστασή και η έκθεση τους στους παράγοντες κινδύνου που περιγράφονται παραπάνω τους καθιστούν ευάλωτους στην ανάπτυξη προβλημάτων υγείας. Οι μολυσματικές ασθένειες έχουν διερευνηθεί συχνότερα σε δημοσιευμένες μελέτες σε συνδυασμό με την αξιολόγηση των αναγκών σε υγειονομική περίθαλψη, ίσως λόγω του φόβου για την μετάδοση αυτών των ασθενειών σε άλλους πληθυσμούς.<sup>86-88</sup>

Μία ολοκληρωμένη εξατομικευμένη αξιολόγηση υγείας από παιδιατρικό νοσηλευτή ή ιατρό, κατά προτίμηση το συντομότερο δυνατό μετά την άφιξη στη χώρα προορισμού, θα μπορούσε να εντοπίσει τις ανάγκες της υγειονομικής περίθαλψης που διαφορετικά δεν θα ήταν εφικτό να εντοπιστούν για παρατεταμένες χρονικές περιόδους. Τα ανεπεξέργαστα προβλήματα υγείας και οι μη αναγνωρισμένες αναπηρίες μπορούν να έχουν μακροπρόθεσμες συνέπειες για την ευημερία, τη μάθηση και την ένταξη των παιδιών στην εκάστοτε νέα χώρα. Οι εκτιμήσεις υγείας που πραγματοποιούνται με σαφή δομή, με τη συμμετοχή ειδικευμένων ιατρικών διερμηνέων και με τη συνεργασία ενός δικτύου σχετικών ειδικών, μπορούν να αυξήσουν την πιθανότητα ανίχνευσης σημαντικών συνθηκών υγείας, να συνδέσουν τα παιδιά αυτά και τις οικογένειές τους με την πρωτοβάθμια υγειονομική

περίθαλψη.<sup>89,90</sup> Μια έρευνα, το 2016, διαπίστωσε ότι σε όλες τις χώρες της ΕΕ υπήρχαν συστηματικές υγειονομικές εξετάσεις για τους νεοαφιχθέντες πρόσφυγες. Αυτή η υγειονομική εξέταση ήταν υποχρεωτική στις περισσότερες χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και στη Γερμανία, ενώ ήταν προαιρετική στην υπόλοιπη δυτική και βόρεια Ευρώπη. Όλες οι χώρες που εφαρμόζουν πολιτική υγειονομικής εξέτασης αποσκοπούν στον εντοπισμό των μεταδοτικών νοσημάτων προκειμένου να προστατεύσουν τον πληθυσμό υποδοχής. Σχεδόν όλες οι χώρες με εθελοντική πολιτική στοχεύουν, επίσης, στον εντοπισμό των ατομικών αναγκών υγειονομικής περίθαλψης του παιδιού, αλλά αυτό σπάνια συμβαίνει σε χώρες με υποχρεωτική πολιτική, όπου η εστίαση ήταν αποκλειστικά σε μεταδοτικές ασθένειες.<sup>91,92</sup>

Οι λοιμώξεις που εντοπίζονται περιλαμβάνουν μικρές μολύνσεις καθώς και πιο σημαντικές ασθένειες που απαιτούν εισαγωγή στο νοσοκομείο. Οι ανεπαρκείς, υπερπλήρεις χώροι υποδοχής και οι εγκαταστάσεις υγιεινής που δεν πληρούν τις προδιαγραφές θέτουν τα παιδιά σε κίνδυνο για μεταδοτικές ασθένειες, όπως λοιμώξεις του γαστρεντερολογικού συστήματος και δερματικές λοιμώξεις. Η υγεία των παιδιών προσφύγων πλήττεται κυρίως από την ηπατίτιδα Β και C, την ελονοσία και τα εντερικά παράσιτα, στις χώρες μεσαίου εισοδήματος και ιδιαίτερα σε χώρες χαμηλού εισοδήματος. Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων παρέχει πληροφορίες σχετικά με μολυσματικές διαταραχές στους μεταναστευτικούς πληθυσμούς καθώς και οδηγίες για τη διαλογή και τη θεραπεία.<sup>92</sup> Τα παιδιά πρόσφυγες που φθάνουν στη Γερμανία ασυνόδευτα, έχει βρεθεί ότι έχουν υψηλότερα ποσοστά αποικισμού βακτηρίων ανθεκτικά σε πολλαπλά φάρμακα. Τα παιδιά αυτά ενδέχεται να κινδυνεύουν από νοσηρότητα και θνησιμότητα από τη σύναψη κλινικά σημαντικών λοιμώξεων, οι οποίες θα ήταν πιο δύσκολο να αντιμετωπιστούν και θα χρειαζόνταν εξειδικευμένη νοσοκομειακή περίθαλψη. Έχουν αναφερθεί εξάρσεις ιλαράς σε παιδιά που ζητούν άσυλο. Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση του 2016 που καλύπτει μελέτες από το 2012 και μετά διαπίστωσε ότι τα κρούσματα ιλαράς συνδέονται με την έλλειψη προστατευτικών αντισωμάτων εμβολίου για την ιλαρά και άλλα κύρια εμβόλια σε ένα σημαντικό ποσοστό των παιδιών προσφύγων στην Ευρώπη.<sup>93,94</sup>

Τα παιδιά πρόσφυγες είναι προφανές πως έχουν ξεχωριστές ανάγκες υγείας και παιδιατρική φροντίδα, κάτι που πρέπει να γνωρίζουν αυτοί οι οποίοι αναλαμβάνουν να προάγουν την υγεία. Αυτό υπογραμμίζει τη σημασία της θέσπισης

της δημόσιας υγείας ως ρουτίνα για τον εμβολιασμό των νεαρών προσφύγων που εισέρχονται στην Ευρώπη. Τα αποτελέσματα μιας έρευνας ανέδειξαν ότι τα παιδιά πρόσφυγες, σε σύγκριση με συνομήλικα παιδιά από Ελβετία, είχαν περισσότερες φθορές που αφορούν τη στοματική κοιλότητα, οι έφηβοι φάνηκε να επηρεάζονται συχνότερα από ψυχολογικά προβλήματα και διπλάσιες πιθανότητες τάσης παχυσαρκίας. Τα πρώτα χρόνια, τα παιδιά που έχουν εγκατασταθεί στη χώρα προορισμού κινδυνεύουν να αναπτύξουν παχυσαρκία. Αυτό συνδέεται τόσο με παράγοντες υγειονομικής περίθαλψης και ψυχολογικής ευημερίας όσο και το στρες και τις κοινωνικές επιρροές (τοπικές διατροφικές συνήθειες σε σχέση με τη χώρα καταγωγής συμπεριλαμβανομένων των νέων μορφών θηλασμού).<sup>95</sup> Η έλλειψη ηλιοφάνειας κατά τη διάρκεια του χειμώνα θέτει, επίσης, τα παιδιά με μελαμνή επιδερμίδα σε ιδιαίτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη ανεπάρκειας βιταμίνης D εάν αυτή δεν αναπληρώνεται.<sup>96,97</sup> Υπάρχουν άφθονα στοιχεία που δείχνουν ότι τα νεοαφιχθέντα παιδιά πρόσφυγες διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για ψυχικά και κοινωνικά προβλήματα, κυρίως συμπεριφορικές διαταραχές, άγχος, κατάθλιψη που συνδέονται με την έκθεση στη βία και το μεταναστευτικό στρες.<sup>98</sup>

Τα εξωτερικά συμπτώματα, ωστόσο, φαίνεται να είναι πιο συνηθισμένα στα παιδιά πρόσφυγες παρά σε παιδιά στον πληθυσμό της πλειονότητας των ξένων. Οι διαχρονικές μελέτες των παιδιών προσφύγων στη Σκανδιναβία κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 έδειξαν ότι ο υψηλός ρυθμός εξωτερίκευσης των συμπτωμάτων κατά την άφιξη στη χώρα προορισμού τείνει να εξασθενεί αργά με την πάροδο του χρόνου, ενώ η μετατραυματική διαταραχή άγχους είναι σπάνια έξι ή επτά χρόνια μετά την άφιξη.<sup>99,100</sup>

### **1.7.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΖΩΗ ΣΤΗ ΧΩΡΑ**

Η τεχνική καθοδήγηση, η κοινωνικοοικονομική στέρηση, το γονικό διαζύγιο και ο εκφοβισμός αναγνωρίστηκαν ως σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες της ψυχικής υγείας κατά την παρακολούθηση ενός παιδιού. Τα παιδιά πρόσφυγες πρέπει, συχνά, να αντιμετωπίσουν γονείς που πάσχουν από ψυχολογικές διαταραχές που σχετίζονται με το στρες μετά από τραυματικές εμπειρίες και την μετανάστευση. Οι φροντιστές μπορούν να αγωνιστούν για να δώσουν στα παιδιά τους μια αίσθηση ασφάλειας και ψυχολογικής υποστήριξης, όπως έχει αποδειχθεί σε μελέτες

οικογενειών επιζώντων του Ολοκαυτώματος. Σε συνδυασμό με την κοινωνικοοικονομική στέρηση, αυτές οι δυσκολίες ανατροφής αυξάνουν, επίσης, τον κίνδυνο του φαινομένου κακοποίησης παιδιών.<sup>101-103</sup>

Το 20% περίπου των παιδιών που ζητούν άσυλο στην ΕΕ τα τελευταία χρόνια έχουν έλθει ασυνόδευτα από έναν ενήλικα φροντιστή, ηλικίας 15-17 ετών κατά την άφιξη τους. Τα ασυνόδευτα παιδιά διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εκμετάλλευσης και διακίνησης δεδομένου ότι δεν έχουν την προστασία και την υποστήριξη ενός φροντιστή. Ως εκ τούτου, είναι, επίσης, ιδιαίτερα ευάλωτα για την ανάπτυξη κακής ψυχικής υγείας και ευημερίας. Οι μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες των ασυνόδευτων εφήβων αιτούντων άσυλο στο Βέλγιο και τις Κάτω Χώρες επιβεβαίωσαν αυτήν την ευάλωτη θέση, αποδεικνύοντας υψηλά ποσοστά κατάθλιψης και μετατραυματικού στρες κατά τη διάρκεια των πρώτων ετών μετά την επανεγκατάσταση. Ταυτόχρονα, υπάρχουν επίσης ενδείξεις, ότι τα ασυνόδευτα παιδιά φτάνουν με σαφή όραμα για ένα ευοίωνο μέλλον στη νέα χώρα παρά τις δυστυχίες που υπέστησαν.<sup>104</sup>

Επιπλέον, άλλο ένα σημαντικό ζήτημα που αφορά στους πρόσφυγες είναι ότι τα παιδιά των προσφύγων και των μεταναστών κινδυνεύουν να υποστούν σεξουαλική εκμετάλλευση, εκμετάλλευση της εργασίας τους, να εμπλακούν σε αναγκαστικές εγκληματικές δραστηριότητες και σε παράνομες υιοθεσίες. Σε ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο είναι τα παιδιά που διαχωρίζονται από την οικογένεια, τα παιδιά που ταξιδεύουν ασυνόδευτα και τα παιδιά που μένουν πίσω. Οι έμποροι εκμετάλλευσης, εκμεταλλεύονται τη νεαρή ηλικία και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι νέοι, όπως η έλλειψη εξοικείωσης με το νέο περιβάλλον, ο διαχωρισμός από την οικογένεια και τους φίλους, οι γλωσσικοί φραγμοί και η κοινωνική απομόνωση. Σε μια έρευνα για το προσφυγικό στη Βουλγαρία, την Ελλάδα, την Ουγγαρία, την Ιταλία, τη Ρουμανία και τις χώρες της πρώην Γιουγκοσλαβίας από το Διεθνές Οργανισμό Μετανάστευσης, το 2017, το 88% των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι έχουν βιώσει εργασιακή εκμετάλλευση, εγκλωβισμό ή/και προσέγγιση με προσφορά διευθετημένου γάμου.<sup>98,104,105</sup> Ακόμη και μετά την άφιξή στον προορισμό τους, τα παιδιά εξακολουθούν να διατρέχουν κίνδυνο. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, 10.000 ασυνόδευτοι ανήλικοι εξαφανίστηκαν στην Ευρώπη το 2015, πολλοί εξ αυτών, δυστυχώς, στην κρατική φροντίδα. Παράγοντες που προστατεύουν τα παιδιά αυτά από τη σωματεμπορία, περιλαμβάνουν τη διαβίωση σε ένα υποστηρικτικό και σταθερό οικογενειακό περιβάλλον, την ύπαρξη καλώς λειτουργικά συστημάτων

προστασίας των παιδιών και κοινωνικής υποστήριξης, την πρόσβαση στην εκπαίδευση, την πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με την ασφάλεια και τα δικαιώματα των παιδιών, την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και την ύπαρξη των στρατηγικών παρέμβασης που αποσκοπούν στην πρόληψη της εμπορίας ανθρώπων.<sup>106</sup>

## **ΜΕΡΟΣ 2<sup>ο</sup> – ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συνεχιζόμενη κρίση με τις έντονες συγκρούσεις στη Συρία και τις γειτονικές χώρες έχει αναγκάσει περισσότερους από 6 εκατομμύρια ανθρώπους να τραπούν σε φυγή εγκαταλείποντας τις οικίες και τις πατρίδες τους αναζητώντας ασφαλέστερη κατοικία. Η επιδείνωση της κατάστασης στη Συρία αντιπροσωπεύει την αύξηση του αριθμού των προσφύγων, οι οποίοι πασχίζουν να φτάσουν στις χώρες της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης, ακόμη και με κίνδυνο τη ζωή τους, μέσω της Τουρκίας και της Ελλάδας. Περίπου το 25% των αιτούντων για άσυλο που φτάνουν είναι μικρά παιδιά, σημαντικός αριθμός των οποίων είναι ασυνόδευτα, με μη γνωστό καθεστώς εμβολιασμού, που υποφέρουν από τον πόλεμο και την αβεβαιότητα του ταξιδιού σε ένα νέο τόπο επανεγκατάστασης. Κατά συνέπεια, τα παιδιά πρόσφυγες φτάνουν σε συγκεκριμένα (μη κατάλληλα) καταλύματα με διαταραγμένη τόσο τη σωματική όσο και η ψυχική τους υγεία τους.<sup>107,108</sup>

Τα παιδικά νοσήματα, παρουσιάζουν επιδημικές εκρήξεις με πιο συχνά εμφανιζόμενο νόσημα της ιλαράς και σπάνια της ερυθράς. Ένα επιπλέον φαινόμενο που έχει παρατηρηθεί στα παιδιά πρόσφυγες, λόγω των κακών συνθηκών στέγασης είναι η εμφάνιση υψηλών ποσοστών ατυχημάτων. Η ψυχολογική κατάσταση των παιδιών-προσφύγων φαίνεται ότι μπορεί να επηρεαστεί από τη διαβίωση, τη περιθωριοποίηση, τη κοινωνική απόρριψη και την αντικειμενική δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Βέβαια σε όλα αυτά πρέπει να προστεθεί και η διαμονή των παιδιών προσφύγων σε πολυπληθείς χώρους, όπως στρατόπεδα ή ξενώνες, οι οποίοι δεν ενδείκνυνται για κοινωνικοποίηση αφενός και αφετέρου αυξάνουν τις πιθανότητες ανάπτυξης λοιμωδών, κυρίως, νοσημάτων, λόγω των κακών συνθηκών υγιεινής, της έλλειψης καθαρού νερού και της κακής ποιότητας διατροφής.<sup>109,110</sup>

Οι πρόσφυγες, διαθέτουν κάποια κοινά μεταξύ τους χαρακτηριστικά, όμως, λόγω των δυσμενών συνθηκών διαβίωσης και του ατελούς συστήματος υγείας που επικρατεί στη χώρα τους, των συνθηκών του ταξιδιού από τη χώρα προέλευσης και τους ενδιάμεσους σταθμούς, παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις στο επιδημιολογικό προφίλ τους από τους γηγενείς πληθυσμούς της χώρας υποδοχής. Αυτά τα γεγονότα δημιουργούν ερωτήματα αναφορικά με το υγειονομικό βάρος των προσφύγων και την επικράτηση των ασθενειών που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με εμβόλια. Τον

τελευταίο καιρό υπήρξε αυξημένο ενδιαφέρον σχετικά με την υγεία των προσφύγων και την επίπτωσή της στα εθνικά συστήματα υγείας των ευρωπαϊκών χωρών.<sup>1,111</sup>

Στην Ελλάδα το σύστημα καταγραφής και επιτήρησης λοιμωδών νοσημάτων τα τελευταία χρόνια έχει βεβαίως αναβαθμιστεί, αλλά και πάλι είναι δύσκολο να θεωρήσουμε ότι τα στατιστικά δεδομένα μπορούν να αποδώσουν το πραγματικό επιδημιολογικό προφίλ της υγείας του προσφυγικού πληθυσμού που διαμένουν στη χώρα μας. Η παραμονή των προσφύγων στην Ελλάδα για μεγάλα χρονικά διαστήματα δημιουργεί σοβαρό ανασταλτικό παράγοντα ορθής διαχείρισης των λοιμωδών νοσημάτων. Καθώς οι διοικητικές βάσεις δεδομένων υγείας δεν καταγράφουν συστηματικά τις μεταβλητές που σχετίζονται με τους πρόσφυγες στον τομέα της υγείας, υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία.<sup>112,113</sup>

## **ΣΚΟΠΟΣ**

Η παρούσα μελέτη σκοπό έχει την ανάδειξη των συχνότερων αιτιών προσέλευσης παιδών προσφύγων και την σύγκριση αυτών ως προς τις αιτίες εισαγωγής παιδών αυτόχθονων οικογενειών στο παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής «Παιδών Αγία Σοφία». Ακόμη σκοπό έχει να διερευνήσει τη σχέση που προκύπτει ανάμεσα στις δύο πληθυσμιακές ομάδες ως προς το φύλλο, την ηλικία και τον τόπο καταγωγής όσον αφορά τον προσφυγικό πληθυσμό, να εξετάσει αν υπάρχουν συχνές επανείσοδοι με ίδιες ή διαφορετικές αιτίες εισαγωγής σε σχέση με την αρχική. Ένας έμμεσος στόχος της παρούσας ερευνητικής εργασίας αποτελεί η συμβολή στην καλύτερη κατανόηση των αναγκών, κυρίως του προσφυγικού πληθυσμού, με σκοπό την ποιοτικότερη παροχή φροντίδας καθώς ο πληθυσμός αναφοράς είναι πολυάριθμος, οι συνθήκες διαβίωσης τους είναι διαφορετικές και η γνώση μας σχετικά με το πώς θα καλύψουμε τις υγειονομικές ανάγκες και όχι μόνο των ατόμων αυτών δεν είναι τόσο επαρκείς ακόμη. Τέλος, να δώσει ερέθισμα για περαιτέρω διερεύνηση σχετικά με τις αιτίες που διαφοροποιούν τα αίτια εισαγωγής στο νοσοκομείο των δύο εν λόγω πληθυσμιακών ομάδων.

## **ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ**

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από παιδιά προσφύγων και αυτόχθονων οικογενειών, ηλικίας από ενός μηνών έως δέκα ετών, τα οποία προσήλθαν στο παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής «Η Αγία Σοφία». Η επιλογή του δείγματος ως προς το όριο ηλικίας καθορίστηκε από την έλλειψη συχνότητας που συναντάται πάνω



από τα δέκα έτη. Συγκεκριμένα το δείγμα λήφθηκε από την Α' Πανεπιστημιακή Κλινική (ΠΚ1, ΠΚ2, ΠΚ3) κατά το χρονικό διάστημα 01/10/16 – 01/10/18. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε αναδρομικά, σε ηλεκτρονικά αρχεία των ασθενών των δύο πληθυσμιακών ομάδων.

Στην παρούσα μελέτη, η εκλογή του δείγματος έγινε με τυχαία δειγματοληψία ώστε να εξασφαλίζεται η συμμετοχή συγκεκριμένων κατηγοριών ή αλλιώς στρωμάτων των παρατηρήσεων στο δείγμα της μελέτης. Ο πληθυσμός διαιρέθηκε σε επί μέρους στρώματα, έτσι ώστε να δημιουργηθούν ομογενείς υποομάδες πριν από την έναρξη της δειγματοληψίας. Τα επί μέρους στρώματα είναι αμοιβαίως αποκλειόμενα, δηλαδή κάθε παρατήρηση συμπεριλαμβάνει μόνο σε ένα στρώμα. Αρχικά, ο πληθυσμός διαιρείται σε επί μέρους στρώματα και έπειτα πραγματοποιείται συστηματική τυχαία δειγματοληψία σε κάθε στρώμα ξεχωριστά. Με τον τρόπο αυτόν αυξάνεται η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και μειώνεται το τυχαίο σφάλμα.

Από το μηχανογραφημένο αρχείο που καταγράφεται στο μηχανογραφικό κέντρο του Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία», προκύπτει ότι για το χρονικό διάστημα δύο ετών (10.2016 έως 10.2018) το σύνολο των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην Α' Παιδιατρική Κλινική (ΠΚ1, ΠΚ2, ΠΚ3 και ΠΚ4) είναι 8.600 παιδιά. Από αυτά τα 1400 είναι παιδιά προσφύγων και τα 7200 περίπου παιδιά αυτόχθονων. Το ποσοστό των αγοριών (πρόσφυγες) είναι 60% (40% κορίτσια) και η ηλικιακή τους κατανομή (εξάμηνη καταγραφή) είναι κάτω του έτους: 40 παιδιά, 1 έως 2 ετών: 45 παιδιά, 3 έως 4 ετών: 30 παιδιά, 5 έως 6 ετών: 25 παιδιά, 7 έως 8 ετών: 20 παιδιά, 9 έως 10 ετών: 15 παιδιά. Δεδομένου ότι θέλουμε το διάστημα εμπιστοσύνης να είναι 95%, το περιθώριο σφάλματος να είναι  $\pm 5\%$  και το ποσοστό των προσφύγων που νοσηλεύονται στο Νοσοκομείο είναι 20%, προκύπτει ότι το μέγεθος του δείγματος που πρέπει να ληφθεί θα πρέπει να είναι 246 προσφυγόπουλα.

Τελικά έγινε επιλογή 248 εισαγωγών παιδιών προσφύγων και 251 εισαγωγών παιδιών αυτόχθονων για το διάστημα των δύο ετών (10.2016 έως 10.2018), με την παρακάτω κατανομή:

Ηλικία	Αγόρια	Κορίτσια	Σύνολο	Ποσοστό
00-01	57	43	100	40,3%
01-03	37	26	63	25,4%
03-05	14	12	26	10,5%
05-08	23	15	38	15,3%
08-10	10	11	21	8,5%
Σύνολο	141	107	248	100,0%

Για το παιδί των αυτόχθονων επιλέχθηκε εκείνο με παρόμοια χαρακτηριστικά με των προσφύγων. Δηλαδή, αν το παιδί (πρόσφυγας) με α/α: 19, είναι κορίτσι, ηλικίας 3 ετών, επιλέχθηκε κορίτσι αυτόχθονας που έγινε εισαγωγή στην ίδια ή πλησιέστερη εφημερία (πλησιέστερα με βάση την ημερομηνία) και η ηλικία του είναι 3 ετών.

Οι αιτίες εισαγωγής και η τελική διάγνωση θα κατηγοριοποιηθούν σε 9 ομάδες για την διευκόλυνση των στατιστικών αποτελεσμάτων. Συγκεκριμένα για τις αιτίες εισαγωγής: 1. Συστηματική εκδήλωση εμπεριέχει (Αναφυλαξία, Εμπύρετο, Αδυναμία βάδισης, Εξάνθημα, Ιστορικό αναιμίας, Αναφερόμενη απώλεια αισθήσεων, Λεμφαδενική διόγκωση, Σπασμοί, Αφυδάτωση, Ζάλη, Υπογλυκαιμία). 2. Εισαγγελική εντολή, 3. Συμπτώματα από το Γαστρεντερικό σύστημα (Κοιλιακό άλγος, Έμετοι, Διάρροια, Αιματηρή κένωση). 4. Συμπτώματα από το αναπνευστικό σύστημα (Βήχας, Θωρακικό άλγος, Αναπνευστική δυσχέρεια, Γογγυσμός, Κρίση άσθματος, Ταχύπνοια, Αιμόπτυση). 5. Συμπτώματα από το ουροποιητικό σύστημα (Ολιγουρία, Αιματουρία) 6. Έλεγχος (επανέλεγχος χρόνιου περιστατικού, προληπτικός έλεγχος). 7. Συμπτώματα από το καρδιαγγειακό σύστημα (όπως Αρρυθμίες). 8. Άλλο αίτιο (Ωταλγία, Ρινόρροια, Αιματώματα, Λήψη ουσιών, Μειωμένη πρόσληψη τροφής, Ανησυχία, Έγκαυμα, Ωτόρροια, Κακώσεις κεφαλής, Παράξενη και ανεξήγητη συμπεριφορά). 9. Λοιμώξεις (δερματική λοίμωξη, ρινίτιδα, ουλοστοματίτιδα, πιθανή κυτταρίτιδα μαλακών μορίων, πιθανή μηνιγγίτιδα). Όσον αφορά τις τελικές διαγνώσεις χωρίστηκαν ως εξής: 1. Αιτιοπαθογένεια του Γαστρεντερικού συστήματος (διάφορες ηπατικές παθήσεις, ειλεός, διάφοροι παράγοντες που δρουν στο γαστρεντερολογικό σύστημα, ηπατίτιδα Α, γαστρεντερίτιδα πιθανώς λοιμώδους αιτιολογίας). 2. Αιτιοπαθογένεια του καρδιαγγειακού συστήματος (καρδιακές αρρυθμίες, συγκοπή από θερμοπληξία, μη ορισμένες περιπτώσεις θρομβοπενίας, διάφορες μορφές αναιμίας, διάφορα είδη

αιμαγγειώματος). 3. Ψυχοκοινωνικής αιτιολογίας (προβλήματα που σχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον, διαταραχές της παιδικής ηλικίας που σχετίζονται με τη λειτουργία του κοινωνικού συνόλου). 4. Λοίμωξη (διάφορες λεμφαδενίτιδες, διάφορες ιογενείς λοιμώξεις, πνευμονία, οξεία βρογχίτιδα, οξεία βρογχιολίτιδα, διάφορες μορφές οξείας γαστρίτιδας, αλληλοκαλυπτώμενες βλάβες μαλακών μορίων, διάφορα είδη οξείας μέσης ωτίτιδας, άλλες ιογενείς εντερίτιδες, άλλες εντερικές βακτηριακές λοιμώξεις, γρίπη, λοιμώδης δερματίτιδα, οξεία αμυγδαλίτιδα, οξεία λαρυγγίτιδα, οξείες λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος, διάφορες μορφές ιογενούς μηνιγγίτιδας). 5. Αιτιοπαθογένεια του ουροποιητικού συστήματος (νεφρολιθίαση, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας). 6. Άλλη αιτία (πυρετικοί σπασμοί, διάφορες περιπτώσεις πυρετού, κοιλοποδία, εξέταση και παρακολούθηση για άλλους λόγους, παρακολούθηση για διάφορες πιθανές νόσους και καταστάσεις, διαταραχή σίτισης, άλλοι συγκεκριμένοι τραυματισμοί, παρακολούθηση για πιθανές τοξικές επιδράσεις από την κατανάλωση διαφόρων ουσιών). 7. Αιτιοπαθογένεια του αναπνευστικού συστήματος (άλλες μη συγκεκριμένες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος, βρογχίτιδα, βρογχιολίτιδα, συριγμός, διάφορες χρόνιες πνευμονοπάθειες). 8. Συστηματικά- Μεταβολικά (διάφορες μορφές νεανικής αρθρίτιδας, Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1, οξεία ρινίτιδα, γλυκογονίαση, αιφνίδιο δερματικό εξάνθημα, έλεγχος για διάφορες περιπτώσεις αλλεργίας, ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα, μη ορισμένες περιπτώσεις θρομβοπενίας, διάφορες μορφές αναιμίας, διάφορα είδη αιμαγγειώματος). 9. Νευρολογικής αιτιολογίας (άλλες περιπτώσεις σπασμών).

### **Στατιστική Ανάλυση**

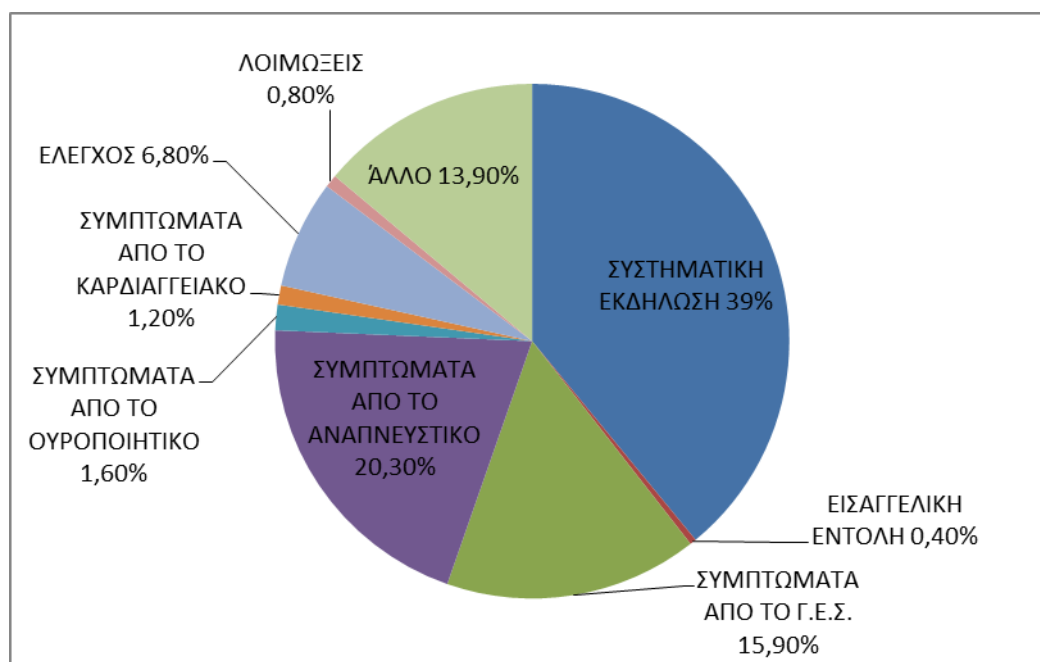
Όλα τα παραπάνω δεδομένα επεξεργάστηκαν με παραμετρικές (paired sample t-test) και μη (McNemar's Chi-squared test) μεθόδους με το πρόγραμμα στατιστικής μεθόδου IBM SPSS statistics version 22, ενώ η στατιστική ισχύς ανευρέθηκε μέσω του κώδικα R. Paired sample t-test χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των παραμέτρων μας, ενώ McNemar's Chi-squared τεστ για τον έλεγχο των υποθέσεων.

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

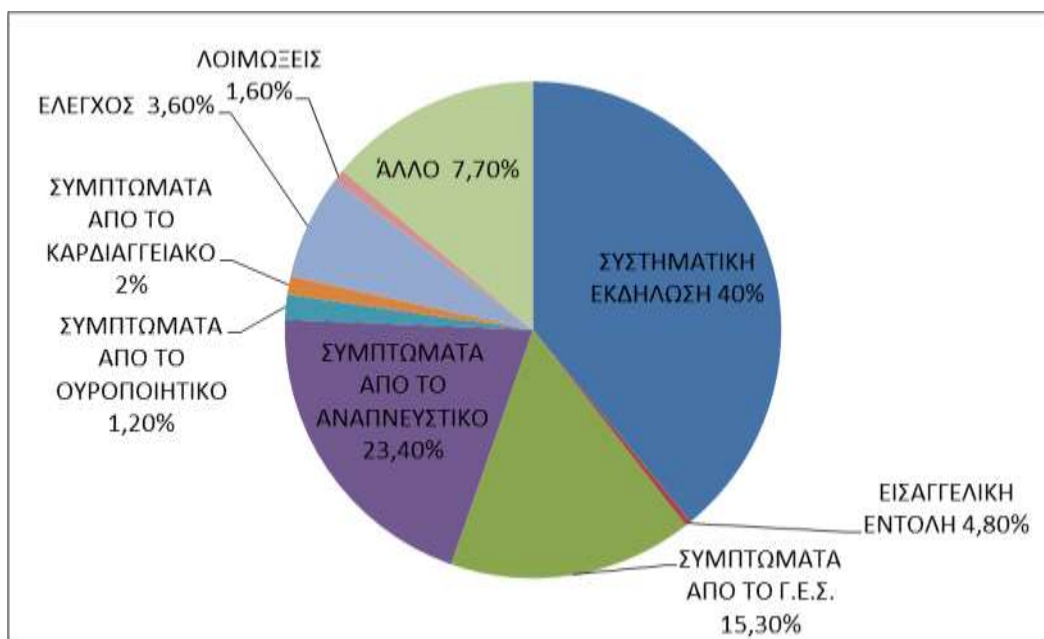
Το συνολικό δείγμα που λήφθηκε για την παρούσα ερευνητική εργασία από τις δύο πληθυσμιακές ομάδες (προσφυγόπουλα/ελληνόπουλα) είναι 499 παιδιά, εκ

των οποίων τα 251 είναι ελληνόπουλα (αγόρια:147, κορίτσια:104) και τα 248 προσφυγόπουλα (αγόρια:141, κορίτσια:107). Όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία, οι ηλικίες ξεκινούν από 1 μήνα έως και 10 ετών. Ο μέσος όρος της ηλικίας των παιδιών που προκύπτει είναι  $2,8 \pm 2,97$  έτη. Από τα 248 προσφυγόπουλα, το 50,4% κατάγονται από την Συρία, το 23% από το Αφγανιστάν, ενώ το 26,6% από αλλού (Ιράν, Ιράκ, Λίβανος, Μαρόκο, Παλαιστίνη, Αιθιοπία).

Υπάρχει στατιστική σημαντική διαφορά στις αιτίες εισόδου μεταξύ των παιδιών προσφύγων και των παιδιών αυτόχθονων οικογενειών ( $p=0,008$ ). Όπως παρατηρούμε στα Διαγράμματα 1 και 2, οι αιτίες εισαγωγής που διαφοροποιούνται και δημιουργούν τη στατιστική σημαντική διαφορά είναι η εισαγγελική εντολή (ελληνόπουλα 0,4%- προσφυγόπουλα 4,8%), ο έλεγχος (ελληνόπουλα 6,8%- προσφυγόπουλα 3,6%) και η κατηγορία άλλο (ελληνόπουλα 13,9% - προσφυγόπουλα 7,7%).



Διάγραμμα 1: Έλληνες, ποσοστιαία αναλογία αιτιών εισόδου.



Διάγραμμα 2: Πρόσφυγες, ποσοστιαία αναλογία αιτιών εισόδου.

Παρατηρούμε στους Πίνακες 1 και 2 την ποσοστιαία συσχέτιση που προκύπτει ως προς την αιτία εισαγωγής και την τελική διάγνωση των δύο πληθυσμιακών ομάδων, Ελληνόπουλα και Προσφυγόπουλα, αντιστοίχως.

**ΤΕΛ. ΔΙΑΓΝ.** Γ.Ε.Σ. ΚΑΡΔΙΟ-ΛΟΓΙΚΟ ΨΥΧ. ΛΟΙΜΩΞΗ ΟΥΡΟ-ΠΟΙΗΤΙΚΟ. ΑΛΛΗ ΑΝΑ-ΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤ.-ΜΕΤΑ-ΒΟΛ. ΝΕΥ-ΡΟΛΟΓΙΚΟ.

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔ.	Γ.Ε.Σ.	ΚΑΡΔΙΟ-ΛΟΓΙΚΟ	ΨΥΧ.	ΛΟΙΜΩΞΗ	ΟΥΡΟ-ΠΟΙΗΤΙΚΟ.	ΑΛΛΗ	ΑΝΑ-ΠΝΕΥΣΤΙΚΟ	ΣΥΣΤ.-ΜΕΤΑ-ΒΟΛ.	ΝΕΥ-ΡΟΛΟΓΙΚΟ.
ΣΥΣΤ.ΕΚΔ	--	-	-	+	++	-	-	++	++
ΕΙΣ. ΕΝΤ.	-	-	++++	-	-	-	-	-	-
Γ.Ε.Σ.	+++	-	-	-	-	--	-	-	-
ΑΝΑΠΝ.	--	-	-	+++	--	---	+++	--	-
ΟΥΡΟΠ.	-	-	-	-	+++	-	-	-	-
ΕΛΕΓΧΟΣ	+	++	-	--	-	++	-	++	-
ΚΑΡΔΙΟΛ.	-	+++	-	-	-	-	-	-	-
ΑΛΛΟ	--	-	+	--	-	+++	-	-	-
ΛΟΙΜΩΞΗ	-	-	-	+	-	-	-	-	-

Πίνακας 1: Έλληνες.

Ποσοστιαίες διαφορές συμβόλων: + ή - : ≤1,5% ++ ή -- : 1,6-5% +++ ή --- : 5-9,9% ++++ ή ---- : ≥10%.

**ΤΕΛ. ΔΙΑΓΝ.** Γ.Ε.Σ. ΚΑΡΔΙΟ-ΛΟΓΙΚΟ ΨΥΧ. ΛΟΙΜΩΞΗ ΟΥΡΟ-ΠΟΙΗΤΙΚΟ. ΑΛΛΗ ΑΝΑ-ΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤ.-ΜΕΤΑ-ΒΟΛ. ΝΕΥ-ΡΟΛΟΓΙΚΟ.

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔ.	Γ.Ε.Σ.	ΚΑΡΔΙΟ-ΛΟΓΙΚΟ	ΨΥΧ.	ΛΟΙΜΩΞΗ	ΟΥΡΟ-ΠΟΙΗΤΙΚΟ.	ΑΛΛΗ	ΑΝΑ-ΠΝΕΥΣΤΙΚΟ	ΣΥΣΤ.-ΜΕΤΑ-ΒΟΛ.	ΝΕΥ-ΡΟΛΟΓΙΚΟ.
ΣΥΣΤ.ΕΚΔ	-	+	--	++	++	-	--	+	+
ΕΙΣ. ΕΝΤ.	-	-	++++	--	-	-	-	-	-
Γ.Ε.Σ.	+++	-	--	-	-	-	-	+	-
ΑΝΑΠΝ.	--	--	--	++	--	---	+++	-	+
ΟΥΡΟΠ.	-	+	+	-	+++	+	-	-	-
ΕΛΕΓΧΟΣ	+	++	-	-	-	+	-	-	-
ΚΑΡΔΙΟΛ.	-	+++	+	--	+	+	-	-	-
ΑΛΛΟ	--	-	+	---	--	+++	-	-	-
ΛΟΙΜΩΞΗ	-	+	+	--	+	+	-	-	-

Πίνακας 2: Πρόσφυγες.

Ποσοστιαίες διαφορές συμβόλων: + ή - : ≤1,5% ++ ή -- : 1,6-5% +++ ή --- : 5-9,9% ++++ ή ---- : ≥10%.

Στο σύνολο των 499 παιδιών, τα 156 χρειάστηκε να επανανοσηλευθούν. Συγκεκριμένα:

- Από τα 248 προσφυγόπουλα, το 27,8% επανεισήχθη στο νοσοκομείο. με διαφορετική αιτία εισαγωγής από την αρχική ενώ μόλις το 14,1% με ίδια. Η αιτία επαναισαγωγής είναι διαφορετική για τα κορίτσια από την αρχική τους είσοδο με ποσοστό 41,3% ενώ το 54,3% ίδια με την αρχική. Όσον αφορά τα αγόρια, το 58,7% επανεισήχθησαν με διαφορετική αιτία εισαγωγής από την πρώτη και το 45,7% ίδιας αιτιολογίας.
- Από τα 251 Ελληνόπουλα, το 34,7% της πληθυσμιακής ομάδας χρειάστηκε να επανανοσηλευθεί στο νοσοκομείο. Η αιτία επαναισαγωγής είναι διαφορετική για τα κορίτσια από την αρχική τους είσοδο με ποσοστό 40,7%, ενώ το 45,9% ίδια με την αρχική. Όσον αφορά τα αγόρια, το 59,3% επανεισήχθη με διαφορετική αιτία εισαγωγής από την πρώτη και το 54,1% για την ίδια αιτιολογία.

Όσον αφορά την παράμετρο επανανοσηλείας οριακά δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,471$ ).

## **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Η παρούσα μελέτη παρέχει στοιχεία για την ανάδειξη των συχνότερων αιτιών εισαγωγής παιδών προσφύγων και την σύγκριση αυτών ως προς τις αιτίες εισαγωγής παιδών αυτόχθονων οικογενειών σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. Σύμφωνα με την μελέτη μας τρεις είναι οι κατηγορίες των αιτιών εισαγωγής («έλεγχος», «άλλο», «εισαγγελική εντολή») που παρουσιάζουν διαφορές στατιστικά σημαντικές, ενώ οριακά δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά η μεταβλητή της επανανοσηλείας. Τα παιδιά των αυτόχθονων οικογενειών έχουν μεγαλύτερη συχνότητα έλευσης στο νοσοκομειακό περιβάλλον λόγω «ελέγχου» σε σχέση με τα παιδιά προσφύγων. Πιθανότατα, βέβαια, οι πρόσφυγες να αποζητούν ιατρική περίθαλψη μόνο σε επείγουσες ή δυνητικά επείγουσες καταστάσεις σε σχέση με τα παιδιά τους αφού έχουν να αντιμετωπίσουν πληθώρα θεμάτων κατά την άφιξη τους στην φιλοξενούμενη χώρα. Όσον αφορά στην κατηγορία «εισαγγελική εντολή», υπερτερούν τα παιδιά προσφύγων σε σχέση με την αντίστοιχη ομάδα παιδιών αυτόχθονων οικογενειών. Η στατιστικά σημαντική αυτή διαφορά θεωρούμε ότι πηγάζει από διάφορους παράγοντες εφόσον η εισαγγελική εντολή αποτελεί μία νομική πράξη για την οποία μεσολαβούν εκτός από τον εισαγγελέα, κοινωνικοί και

άλλοι λειτουργοί και αφορά ποικίλους λόγους όπως την απουσία γονέα ή γενικότερα κάποιου προστάτη, την παραμέληση ακόμη και την κακοποίηση. Στην Ελλάδα, τα παιδιά πρόσφυγες που εισάγονται στο νοσοκομείο με εισαγγελική εντολή είναι παιδιά ασυνόδευτα που φτάνουν στη χώρα μας χωρίς προστάτη. Αντίθετα, στην περίπτωση των, αρκετά λιγότερων, εισαγγελικών εντολών σε παιδιά αυτόχθονων οικογενειών που εισάγονται στο νοσοκομείο έχει μεσολαβήσει, κυρίως, καταγγελία περί κακοποίησης του παιδιού. Τέλος, τα παιδιά αυτόχθονων οικογενειών εισάγονται με στατιστικά σημαντικά διαφορά περισσότερο από τα παιδιά προσφύγων στην κατηγορία «Άλλο», στην οποία εμπεριέχονται, μεταξύ άλλων, και η κατάποση διαφόρων ουσιών. Ενδεχομένως αυτό να δικαιολογείται από το γεγονός ότι τα παιδιά-πρόσφυγες στα σημεία συγκέντρωσης όπου διαβιούν δεν έρχονται σε επαφή με αντικείμενα που δυνητικά θα μπορούσαν να αποτελέσουν πηγή κινδύνου κατάποσής τους.

Αναφορικά με τα αίτια εισόδου, η συστηματική εκδήλωση αποτελεί την πρώτη σε συχνότητα αιτία εισόδου στην έρευνα μας με ποσοστό 39,5% κατά μέσο όρο των δύο πληθυσμών αναφοράς. Σε ανάλογη προοπτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Σάο Πάολο της Βραζιλίας, ως πρώτη σε συχνότητα αιτία εισόδου παρατηρήθηκε η πνευμονία με ποσοστό 26,31%, αν και η πληθυσμιακή κατανομή αυτής της μελέτης αναφέρεται κυρίως σε παιδιά από την γέννηση έως και τα πρώτα εννέα έτη της ζωής τους.<sup>112</sup> Θεωρούμε ότι υπάρχει συσχέτιση των δύο μελετών διότι οι λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος ενδέχεται να προκάλεσουν συστηματικές εκδηλώσεις όπως εμπύρετο, αφυδάτωση, αναφερόμενη απώλεια αισθήσεων και ζάλη. Όπως γνωρίζουμε οι συστηματικές εκδηλώσεις θα μπορούσαν να οφείλονται σε λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Νεμπράσκα βρέθηκε, μεταξύ άλλων, στις συνηθέστερες αιτίες εισαγωγής στο νοσοκομείο η αναιμία, ο πονοκέφαλος, η ναυτία, ο έμετος και ο διαβήτης στα παιδιά πρόσφυγες κάτω των 19 ετών.<sup>113</sup> Η εν λόγω μελέτη έρχεται σε σύμπτωση με την δική μας μελέτη διότι στην κατηγορία συστηματικές εκδηλώσεις συμπεριλαμβάνονται το ιστορικό αναιμίας, η αδυναμία βάρδισης και η υπογλυκαιμία. Επιπλέον, σε ελληνική μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε στην Λέσβο και αφορούσε προσφυγικό πληθυσμό, τα αναπνευστικά προβλήματα αναδείχθηκαν ως πρώτη αιτία αναζήτησης ιατρικής φροντίδας. Αρκετές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί σε στρατόπεδα συγκέντρωσης σε περιοχές όπου δέχονται τον προσφυγικό πληθυσμό

αμέσως μετά την άφιξη του.<sup>114,115</sup> Σε άλλη μελέτη η οποία διεξήχθη κατά την περίοδο 2016-2017 και αφορούσε σε ποσοστό περίπου 45% παιδιά πρόσφυγες κάτω των 18 ετών, βρέθηκε ότι τα αναπνευστικά και τα δερματικά προβλήματα ήταν έκδηλα για τον πληθυσμό αυτό.<sup>116</sup> Σε σχέση με την δική μας μελέτη υπάρχει, εν μέρη, ταύτιση διότι στην κατηγορία μας, με την μεγαλύτερη συχνότητα, εμπεριέχεται και το εξάνθημα. Επιπροσθέτως, η προαναφερθείσα μελέτη σχετιζόταν με πρωτοβάθμια περίθαλψη και την άμεση κάλυψη υγειονομικών αναγκών, ενώ η δική μας μελέτη πραγματοποιήθηκε σε τριτοβάθμια νοσοκομείο της Ελλάδας και σε αστικό κέντρο, περιοχή όπου οι πρόσφυγες έχουν κατά κάποιον τρόπο ενταχθεί στην κοινωνία και αναζητούν ιατρική φροντίδα σε δεύτερο, ενδεχομένως επείγον, χρόνο<sup>117</sup>.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η συσχέτιση των αιτιών εισόδου σε σχέση με την τελική διάγνωση. Από την συστηματική εκδήλωση παρατηρείται αυξημένη ροή των παιδιών προσφύγων ως προς την τελική διάγνωση στην κατηγορία λοιμώξεις για τους πρόσφυγες που πιθανόν αιτιολογείται από τις κακές συνθήκες υγιεινής αυτών σε σχέση με τα ελληνόπουλα, ενώ η κατηγορία του ουροποιητικού παραμένει στο ίδιο εύρος και στους δυο πληθυσμούς. Λιγότερα παιδιά προσφύγων διαγιγνώσκονται με συστηματικά - μεταβολικά νοσήματα ή νευρολογικό αίτιο σε σχέση με τα ελληνόπουλα. Το εν λόγω, ενδιαφέρον, εύρημα συνάδει με την αρνητική αντίληψη της ελληνικής κοινωνίας σε σχετιζόμενα με νοητικά προβλήματα. Εντυπωσιακό είναι το γεγονός ότι η τελική διάγνωση της ψυχοκοινωνικής κατηγορίας, έπειτα από την μεσολάβηση της εισαγγελικής εντολής, κυρίως σε προσφυγόπουλα, φανερώνει την ψυχολογική και κοινωνική επιβάρυνση αυτών και, έμμεσα, καταδεικνύει μία επιπλέον δυσάρεστη συνέπεια από τις πολεμικές συρράξεις παγκοσμίως.

Ευρήματα που αναδεικνύουν διαφοροποιήσεις των δυο πληθυσμιακών ομάδων μας, αποτελεί η κατηγορία της αρχικής διάγνωσης ΓΕΣ στην οποία οι πρόσφυγες δείχνουν μια θετική τάση ως προς την εκδήλωση συστηματικών και μεταβολικών τελικών διαγνώσεων σε σχέση με τους Έλληνες. Το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται και για την κατηγορία αρχικής διάγνωσης αναπνευστικό με τελική διάγνωση νευρολογικής αιτιολογίας αν και με μικρότερες διακυμάνσεις. Μέσω της κατηγορίας έλεγχος από την αρχική διάγνωση, αναδεικνύονται οι τελικές διαγνώσεις καρδιολογική, ΓΕΣ ή άλλης αιτιολογίας που αφορούν και τις δύο πληθυσμιακές ομάδες ενώ φαίνεται να επηρεάζονται μόνο τα ελληνόπουλα ως προς τελική διάγνωση συστηματικά - μεταβολικά νοσήματα. Τέλος, ως αιτία εισόδου με



συμπτώματα από το ουροποιητικό σύστημα, αποτελεί ενδιαφέρον ότι τα παιδιά πρόσφυγες βρέθηκαν με υψηλό ποσοστό τελικής καρδιολογικής διάγνωσης, εύρημα που πιθανώς να σχετίζεται με τις ιατρικές δομές και της παρεχόμενης φροντίδας στα παιδιά αυτά κατά ή μετά την γέννηση τους.

Τέλος, στα αποτελέσματα που προκύπτουν σχετικά με τις επανεισαγωγές των παιδιών παρατηρήθηκε οριακά μη στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ελληνόπουλων και των προσφυγόπουλων με τα πρώτα να έχουν το προβάδισμα σε συχνότητα. Αυτό το εύρημα μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι μετά την πρώτη νοσηλεία των παιδιών απαιτείται, στις περισσότερες των περιπτώσεων, ένας τυπικός επανέλεγχος τον οποίο οι γονείς των ελληνόπουλων τηρούν με συνέπεια. Όμως η διαβίωση των προσφύγων σε απομακρυσμένες περιοχές και η δύσκολη πρόσβαση τους στα μεγάλα νοσοκομεία, πιθανόν να ευθύνεται στη μη συμμόρφωση για επανέλεγχο και να τους ωθεί στο να επισκεφτούν σχεδόν αποκλειστικά τα νοσοκομεία για επείγουσες περιπτώσεις.

### **Περιορισμοί της μελέτης**

Οι περιορισμοί της μελέτης σχετίζονται με την έλλειψη των στοιχείων και των ιατρικών πληροφοριών. Επίσης, δεν δύναται να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα αφού δεν γνωρίζουμε τις ακριβείς συνθήκες διαβίωσης των παιδιών, την κοινωνική και οικονομική τους κατάσταση καθώς και τα αίτια μετακίνησης των πληθυσμών των προσφύγων. Επίσης, δεν μπορεί να αξιολογηθεί η πρόσβαση των προσφύγων στις δομές της τριτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης ή το γεγονός της παροχής υγειονομικής κάλυψης η οποία αποδείχθηκε ελλιπής ή ανεπαρκής, καθώς επίσης δεν γνωρίζουμε αν υπήρχε παραπομπή από οργανωμένες δομές.

Οι προτάσεις μας σχετίζονται με την διεξαγωγή μιας πολυπαραμετρικής προοπτικής μελέτης των παιδιών που αφορά τόσο την τριτοβάθμια περίθαλψη όσο και το περιβάλλον στο οποίο αυτά διαβιώνουν και μεγαλώνουν και θα μπορούσε να ελέγξει καλύτερα την μεταβλητή επανεισαγωγής.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Σε αυτή τη μελέτη, διαπιστώσαμε σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο πληθυσμιακές ομάδες αναφορικά με τα αίτια εισαγωγής. Συγκεκριμένα με στατιστική σημαντικότητα εμφανίστηκαν το αίτιο «εισαγγελική εντολή», ο «έλεγχος» και η

κατηγορία «άλλο», η οποία συμπεριλαμβάνει διάφορες παθολογικές καταστάσεις. Τα παιδιά που προέρχονται από αυτόχθονες οικογένειες εισάγονται με μεγαλύτερη συχνότητα με την αιτία «έλεγχος». Στην κατηγορία «άλλο», επίσης, τα ελληνόπουλα υπερέχουν σημαντικά σε αριθμό σε σχέση με τα προσφυγόπουλα. Η κύρια αιτία εισαγωγής στο νοσοκομείο για τα προσφυγόπουλα η οποία διαφέρει σχεδόν εξολοκλήρου από τα αυτόχθονα παιδιά είναι οι καθαρά κοινωνικοί λόγοι (εισαγγελική εντολή). Τα παιδιά εισάγονται στο νοσοκομείο χωρίς την παρουσία κάποιου είδους νοσήματος καθώς δεν υπάρχουν οι κατάλληλες δομές να φιλοξενηθούν. Θα πρέπει λοιπόν να εξασφαλισθούν για τα παιδιά πρόσφυγες κατάλληλοι χώροι στέγασης που να παρέχουν κάλυψη των αναγκών τους (σωματικών και ψυχικών) καθώς τα νοσοκομεία δεν είναι οι ενδεδειγμένοι χώροι για τις ήδη πολύ ταλαιπωρημένες ζωές τους.

Αμέσως μετά από την «συστηματική εκδήλωση» φαίνεται ότι και στις δύο πληθυσμιακές ομάδες, τα βρέφη, τα μικρά παιδιά και τα παιδιά υποφέρουν συχνότερα από αναπνευστικές λοιμώξεις, ενώ σε εφήβους οι μη λοιμώδεις νόσοι ήταν πιο συχνές. Η γνώση των εντεροπαθογόνων που ευθύνονται για τις διαρροϊκές νόσους είναι απαραίτητη για την εφαρμογή των κατάλληλων μέτρων δημόσιας και νοσοκομειακής υγείας για τον έλεγχο αυτών των ασθενειών που εντοπίζεται ως τρίτη κατά σειρά συχνότερη αιτία των συνολικών παιδιατρικών εισαγωγών.

Οι ευρωπαϊκές κυβερνήσεις θα πρέπει να εξετάσουν τον τρόπο με τον οποίο η υγειονομική περίθαλψη μπορεί να παρασχεθεί σε ένα πλαίσιο που επιτρέπει στα παιδιά πρόσφυγες να έχουν πρόσβαση στην περίθαλψη χωρίς φόβο για απέλαση. Κάποια από τα πολυάριθμα εμπόδια πρόσβασης στην περίθαλψη των προσφύγων είναι τα ακόλουθα:

- γενικό σύστημα υγείας
- κενά στον τομέα της υγειονομικής παιδείας
- κοινωνικού αποκλεισμού
- άμεσες και έμμεσες διακρίσεις.

Οι στρατηγικές προσέγγισης με πρόσβαση σε υπηρεσίες και στενά συνδεδεμένες με κέντρα ασύλου και πυκνοκατοικημένες γειτονιές είναι σημαντικές για την υπέρβαση αυτών των φραγμών. Οι πολιτιστικοί και γλωσσικοί φραγμοί μπορούν, επίσης, να επηρεάσουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η χρήση επαγγελματικών

ιατρικών διερμηνέων βελτιώνει την ποιότητα της επικοινωνίας, μειώνει το κόστος της περίθαλψης και βοηθά στην αποφυγή περιττών διαγνωστικών αξιολογήσεων και θεραπειών. Οι πολιτιστικοί διαμεσολαβητές διευκολύνουν τη διαδικασία φροντίδας εξηγώντας τις έννοιες της υγείας και τις συμπεριφορές στην υγεία και συμβάλλοντας στη διασφάλιση ότι οι έρευνες και οι θεραπείες λαμβάνουν υπόψη τις πολιτισμικά ειδικές ανάγκες.

Είναι προφανές ότι είναι απαραίτητη η συνεργασία με μη κυβερνητικούς οργανισμούς και φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Μόνο η κοινή συμμετοχή όλων των ενδιαφερομένων θα μπορούσε να οδηγήσει στη βελτίωση της παρακολούθησης της υγείας των προσφύγων, η οποία με τη σειρά της είναι επιτακτική για την ασφαλέστερη ένταξη αυτού του πληθυσμού και την εγκαθίδρυση πιο υγιεινών κοινοτήτων.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η μετανάστευση των προσφύγων λόγω της συνεχιζόμενης κρίσης με τις έντονες συγκρούσεις στη Συρία και τις γειτονικές χώρες αποτελεί παγκόσμιο κοινωνικό πρόβλημα, έχοντας αναγκάσει περισσότερους από 6 εκατομμύρια ανθρώπους να τραπούν σε φυγή εγκαταλείποντας τις οικίες και τις πατρίδες τους αναζητώντας μια ασφαλέστερη κατοικία.

**Σκοπός:** Η παρούσα μελέτη σκοπό έχει την ανάδειξη των συχνότερων αιτιών εισαγωγής παιδών προσφύγων και την σύγκριση αυτών ως προς τις αιτίες εισαγωγής παιδών αυτόχθονων οικογενειών σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής.

**Υλικό - Μέθοδος:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη που διεξήχθη σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αθήνας. Πραγματοποιήθηκε στρωματοποίηση βάση φύλλου και ηλικιών από 1 έως 10 ετών για τις δύο πληθυσμιακές ομάδες και καταγράφηκαν οι αιτίες εισόδου, η επανεισαγωγή και η τελική διάγνωση. Ανάλογα με το είδος των συμπτωμάτων, έγινε κατηγοριοποίηση ανά σύστημα ή εκδήλωση.

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία ήταν  $2,8 \pm 2,97$  έτη για 251 ελληνόπουλα και 248 προσφυγόπουλα. Ο κύριος τόπος καταγωγής για τα προσφυγόπουλα είναι η Συρία (50,4%), το Αφγανιστάν (23%), και άλλες χώρες (Ιράν, Ιράκ, Λίβανος, Μαρόκο, Παλαιστίνη, Αιθιοπία – 26,6%). Όσον αφορά τις συχνότερες αιτίες εισόδου για τα προσφυγόπουλα είναι οι εξής: Συστηματική εκδήλωση 40%, συμπτώματα από το αναπνευστικό σύστημα 23,4%, συμπτώματα από το Γαστρεντερολογικό σύστημα 15,3%, εισαγγελική εντολή 4,8%, έλεγχος 3,6%, συμπτώματα από το καρδιαγγειακό 2%, λοιμώξεις 1,6%, συμπτώματα από το ουροποιητικό 1,2%. Στην κατηγορία «άλλο» συμπεριλήφθηκαν διάφορες παθολογικές κατάστασης με ποσοστό 7%. Αναφορικά με τις συχνότερες αιτίες εισόδου για τα ελληνόπουλα βρέθηκαν τα εξής ποσοστά: συστηματική εκδήλωση 39%, συμπτώματα από το αναπνευστικό σύστημα 20,3%, συμπτώματα από το Γαστρεντερολογικό σύστημα 15,9%, έλεγχος 6,8%, συμπτώματα από το ουροποιητικό 1,6%, συμπτώματα από το καρδιαγγειακό 1,2%, λοιμώξεις 0,8%, εισαγγελική εντολή 0,4%, ενώ η κατηγορία «άλλο» κατέχει το ποσοστό 13,9%. Στατιστικά σημαντική διαφορά με στατιστική ισχύ των ελέγχων, παρουσιάζουν οι αιτίες εισαγωγής «Έλεγχος», «Εισαγγελική εντολή» και «Άλλη αιτία».

**Συμπεράσματα:** Τα παιδιά που προέρχονται από αυτόχθονες οικογένειες παρατηρήθηκε να εισάγονται με μεγαλύτερη συχνότητα λόγω «ελέγχου». Επιπλέον, για τα παιδιά πρόσφυγες η αιτία εισαγωγής στο νοσοκομείο για καθαρά κοινωνικούς λόγους (εισαγγελική εντολή) εμφανίζει αυξημένη συχνότητα εν συγκρίσει με τα παιδιά αυτόχθονων οικογενειών. Τέλος τα παιδιά αυτόχθονων οικογενειών εμφανίζουν συχνότερες επανεισαγωγές.

**Λέξεις κλειδιά:** Νοσηλεία, Νοσηρότητα, Παιδιατρική ιατρική κάλυψη, Προσβασιμότητα.

## ABSTRACT

**Introduction:** Refugee migration is a global social problem occurring due to the ongoing crisis with the heightened conflict in Syria and neighboring countries. These horrific events have forced more than 6 million people to flee their homes and homeland in search of a safer home.

**Purpose:** The purpose of this study is to identify the most common causes of child refugee admission to a pediatric hospital in Attica and compare them with the ones for indigenous child admission in the same hospital.

**Methods:** This is a retrospective study conducted at a pediatric hospital in Athens. Gender and age stratification of 1 to 10 years was performed for both population groups and the causes of entry, re-hospitalization and final diagnosis were recorded. Depending on the type of symptoms, they were categorized by system or event.

**Results:** An average value of  $2.8 \pm 2.97$  years 251 Greek and 248 refugee children was found. The main place of origin of refugees is Syria (50.4%), Afghanistan (23.3%) and 26.6% from other countries (Iran, Iraq, Lebanon, Morocco, Palestine, Ethiopia). The most frequent reasons for entry for refugees are: systemic manifestations 40%, respiratory symptoms 23.4%, gastrointestinal symptoms 15.3%, prosecutorial 4.8%, checkup 3.6%, cardiovascular symptoms 2%, infections 1.6%, urinary symptoms 1.2%. The category "other" includes various pathological conditions at a percentage of 7%. The following percentages depict the most common causes of entry for Greeks: systemic manifestations 39%, respiratory symptoms 20.3%, gastrointestinal symptoms 15.9%, checkup 6.8%, urinary symptoms 1, 6%, symptoms of cardiovascular disease 1.2%, infections 0.8%, prosecutor's order 0.4%. The category "other" holds 13.9%. Statistically significant differences with statistical power of the checkups present the causes for entry of "Check up", "Prosecutor's Order" and "Other cause".

**Conclusions:** Children from indigenous families were observed to be introduced more frequently due to the 'checkup' cause. In addition, for refugee children, the reason for admission to hospital for purely social reasons (prosecutor's order) indicates an increased incidence compared to indigenous children. Finally, indigenous children experience more frequent re-hospitalizations.

**Keywords:** Hospitalization; Morbidity; Child health services; Child care; Hospital admission.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Hatton T. J. Refugees and asylum seekers, the crisis in Europe and the future of policy. *Economic Policy*. 2017, 32.91: 447-496.
2. Wilson-Mitchell K & Rummens J. Perinatal outcomes of un-insured immigrant, refugee and migrant mothers and new-borns living in Toronto, Canada. *Int J Environ Res Public Health*. 2013, 10:2198–2213.
3. Paxton G., Smith N., Win A. K., Mulholland N. & Hood S. Refugee status report: A report on how refugee children and young people in Victoria are faring. Department of Education and Early Childhood Development: Victorian Government. 2011, 135.
4. Omeri A., Lennings C. & Raymond L. Beyond asylum: Implications for nursing and health care delivery for Afghan refugees in Australia. *J. TranscultNurs*. 2006, 17:30–39.
5. Ng E. Using Canada's health data. *Health Policy Research Bulletin (Special Issue on Migrant Health)* Ottawa: Health Canada. 2010, 17: 47-49.
6. Rudan I., Boschi-pinto C. & Biloglav Z. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. *Bull World Health Organ*. 2008, 86:408-416B.
7. Connolly M., Gayer M. & Ryan M., Communicable diseases in complex emergencies: impact and challenges. *Lancet*. 2004, 364: 1974–1983.
8. Weiss P., Klink A., Luan X & Feudtner C. Temporal association of Streptococcus, Staphylococcus, and parainfluenza pediatric hospitalizations and hospitalized cases of Henoch-Schonleinpurpura. *J. Rheumatol*. 2010, 37(12): 2587–2594.
9. Renzaho A. & Oldroyd J. Closing the gap in maternal and child health: A qualitative study examining health needs of migrant mothers in Dandenong, Victoria, Australia. *Maternal and health journal*. 2014, 18: 1391-1402.
10. Λιόλιου Α. Η προστασία των προσφύγων στην έννομη τάξη του ΟΗΕ. *Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*. 2018, 1: 56-59.



11. Logan L. Carbapenem-resistant enterobacteriaceae: an emerging problem in children, *Clin Infect Dis*. 2012, 55: 852–859.
12. Γαλάνης Π. Μεθοδολογία δειγματοληψίας στις επιδημιολογικές μελέτες, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2012, 29: 632-637.
13. Παπαγεωργίου Ι. Θεωρία Δειγματοληψίας. 2015. [www.kallipos.gr](http://www.kallipos.gr).
14. Shahin Y., Kapur A., Khader A., Zeidan W., Harries A. D., Nerup J., & Seita A. Clinical audit on the provision of diabetes care in the primary care setting by United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East (UNRWA). *Journal of Diabetes Mellitus*. 2014, 5(1): 12.
15. Hughes L. M. Finding Belgian refugees in Cymru1914. org: using digital resources for uncovering the hidden histories of the First World War in Wales. *Immigrants & Minorities*, 2016, 34.2: 210-231.
16. Bryce J. B. & Toynbee A. *The Treatment of Armenians in the Ottoman Empire, 1915-1916: Documents Presented to Viscount Grey of Falloden by Viscount Bryce*. Gomidas Institute, 2000.
17. Spielvoel J. J. *Western Civilization: Volume II: Since 1500*. Cengage Learning, 2014.
18. Gartner A. et al. *History of the Jews in modern times*. Oxford University Press on Demand, 2001.
19. Morrow J. D. The Institutional Features of the Prisoners of War Treaties, *International Organization*. 2001, 55(4): 971-991.
20. Kyle S. Nate Silver's FiveThirtyEight Names 2007 Patriots Greatest Team of All-Time. 2015, 2.
21. Zieck M. *UNHCR and voluntary repatriation of refugees: a legal analysis*. Martinus Nijhoff Publishers, 1997.
22. Muecke M. A. Resettled refugees' reconstruction of identity: Lao in Seattle. *Urban Anthropology and Studies of Cultural Systems and World Economic Development*, 1987, 273-289.

23. Crawford N. et al. Protracted displacement: uncertain paths to self-reliance in exile. Humanitarian Policy Group and Internal Displacement Monitoring Center. Available at: <http://www.odi.org/publications/9906-refugee-idp-displacement-livelihoods-humanitarian-development#downloads>, 2015.
24. "Modern History Sourcebook: The Yalta Conference, Feb. 1945," Fordham University. Retrieved 2010-02-05, (2010).
25. K. H. Jarausch, V. Gransow, A. Brown, & Cooper B., *Uniting Germany documents and debates. 1944-1993*, Providence: Berghahn Books. 1994, 1. ISBN 9781571810113. OCLC 30624400.
26. Eberhardt P. *Political migrations in Poland 1939-1948*. Studium Europy Wschodniej-Uniwersytet Warszawski, 2006.
27. Eberhardt P. *Political migrations on Polish territories (1939-1950)*. Monografie-Polska Akademia Nauk. Instytut Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania im. Stanisława Leszczyckiego, 2011.
28. Giuntella O., Kone Z. L., Ruiz I. & C. Vargas-Silva. Reason for immigration and immigrants' health. *Public Health*. 2018, 158:102–109.
29. Betts A., Loescher G., Milner J. *The United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR): The politics and practice of refugee protection*. Routledge, 2013.
30. Goodwin-gill, Guy S. *The international law of refugee protection*. *The Oxford handbook of refugee and forced migration studies*, 2014, 36-47.
31. Lee, D. T., Chan, K. P., Lee, S., & Yip, P. S. Burning charcoal: a novel and contagious method of suicide in Asia. *Archives of General Psychiatry*, 2002, 59.3: 293-294.
32. Khamis, Vivian. "Post-traumatic stress disorder among school age Palestinian children." *Child abuse & neglect*, 2005, 29.1: 81-95.
33. Sundquist, K., Johansson, L. M., DeMarinis, V., Johansson, S. E., & Sundquist, J. "Posttraumatic stress disorder and psychiatric co-morbidity: symptoms in a random sample of female Bosnian refugees." *European Psychiatry*, 2005, 20.2: 158-164.

34. Lustig, S. L., Kia-Keating M., Knight W. G., Geltman P., Ellis H., Kinzie J. D. et al. Review of child and adolescent refugee mental health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2004, 43.1: 24-36.
35. Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees—a systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, 2009, 69(2), 246-257.
36. Steel Z., Momartin S., Silove D., Coello M., Aroche J. & Tay, K. W. Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies. *Social Science & Medicine*, 2011, 72.7: 1149-1156.
37. Kazmi J. & Pandit K. Disease and dislocation: the impact of refugee movements on the geography of malaria in NWFP, Pakistan. *Social Science & Medicine*. 2001, 52(7):1043–1055.
38. Rowland M., Bouma M., Ducornez D., Durrani N., Rozendaal J., Schapira A., & Sondorp E. Pyrethroid-impregnated bed nets for personal protection against malaria for Afghan refugees. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 1996, 90(4): 357-361
39. Roggelin L., Tappe D., Noack B., Addo M., Tannich E. & Rothe C. Sharp increase of imported *Plasmodium vivax* malaria seen in migrants from Eritrea in Hamburg, Germany. *Malaria*. 2016, 15(1):325.
40. Global Migration Data Analysis Centre. <http://iomgmdac.org/>.
41. United Nations High Commissioner for Refugees. <http://www.unher.org/global-trends-2015.html>.
42. Nardi D. A. & Charlene C. G. The global nursing faculty shortage: Status and solutions for change. *Journal of Nursing Scholarship*, 2013, 45.3: 317-326.
43. McMurray J., Breward K., Breward M., Alder R. & Arya N. Integrated Primary Care Improves Access to Healthcare for Newly Arrived Refugees in Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2014, 16(4): 576–585.
44. Elsouhag D., Arnetz B., Jamil H., Lumley M., Broadbridge C. & Arnetz J. Factors Associated with Healthcare Utilization Among Arab Immigrants and Iraqi Refugees. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2015, 17(5):1305–1312.

45. Murray S. & Skull S. Hurdles to health: Immigrant and refugee healthcare in Australia. *Australian Health Review*. 2005, 29(1): 25–29.
46. Tuepker A. & Chi C. Evaluating integrated healthcare for refugees and hosts in an African context. *Health Economics, Policy and Law*. 2009, 4(2): 159–178.
47. Bozorgmehr K. & Razum O. Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: a quasi-experimental study in Germany, 1994–2013. *PLoS one*, 2015, 10.7: e0131483.
48. Pross C. Third Class Medicine: Health Care for Refugees in Germany. *Health and Human Rights*. 1998, 3(3): 40–53.
49. Gany F. & De Bocanegra H. Overcoming barriers to improving the health of immigrant women. *J Am Med Womens Assoc*. 1996, (4): 155–60.
50. Lawrie N. & Van Damme W. The importance of refugee-host relations: Guinea 1990–2003. *The Lancet*. 2003, 362: 575.
51. Sachedina A. *Islamic biomedical ethics: principles and application*. Oxford: Oxford University Press. 2009.
52. Coser L. A. Some social functions of violence. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 1966, 364.1: 8-18.
53. Avramidis C. & Minotakis A. Infantilizing the refugees as a means of political domination: the case of the ERT's news bulletins in Arabic.
54. Schmid A. P. *Links Between Terrorism and Migration: An Exploration*. International Centre For Counter Terrorism (ICCT) ICCT Research Paper, 2016.
55. Collyer M. A Research Fellow in the Department of Geography, Sussex, the Sussex Centre for Migration Research at the University of Secret agents: Anarchists, Islamists and responses to politically active refugees in London. *Ethnic and Racial Studies*. 2005, 28(2): 278-303.
56. Wike R., Bruce S. & Katie S. Europeans fear wave of refugees will mean more terrorism, fewer jobs. *Pew Research Center* 2016, 11: 2016.
57. Schuurman B. W., Grol P. & Flower C. Converts and Islamist terrorism: An introduction. *International Centre for Counter-Terrorism Policy Brief*, 2016, 7: 21.

58. Milton D., Spencer M. & Findley M. Radicalism of the Hopeless: Refugee Flows and Transnational Terrorism. *International Interactions*. 2013, 39(5): 621-645.
59. Wilner A. & Dubouloz C. J. Homegrown terrorism and transformative learning: an interdisciplinary approach to understanding radicalization. *Global Change, Peace & Security* 2010, 22 (1): 33-51.
60. Nowrasteh A. Terrorism and Immigration: A risk analysis. *Cato Institute Policy Analysis*, 2016, 798.
61. Burcu S. & Gineste C. From protection to persecution: Threat environment and refugee scapegoating. *Journal of Peace Research* 2019, 56: 88-102.
62. Gatta F. L. Migration and the Rule of (Human Rights) Law: Two 'Crises' Looking in the Same Mirror. *Croatian yearbook of European law & policy*, 2019, 15.1: 99-133.
63. Karamanidou L. The securitisation of European migration policies: perceptions of threat and management of risk. In: *The Securitisation of Migration in the EU*. Palgrave Macmillan, London, 2015. p. 37-61.
64. Sisto E. Human Rights in the Space of No Longer and Not Yet State Actors, NGOs and the Refugee Camp in Samos. 2019. PhD Thesis. Columbia University.
65. Connor P. Still in Limbo: About a million asylum seekers await word on whether they can call Europe home. *Pew Global*, 2017.
66. Wright T. Moving images: The media representation of refugees, *Visual Studies* 2002, 17:53-66.
67. Crepeau F. Preface: The rights of all children in the context of international migration. 2013.
68. Hjern A. & Jeppson O. Mental health care for refugee children in exile. In: *Forced Migration and Mental Health*. Springer, Boston, MA, 2005. p. 115-128.
69. Hjern A. Health of refugee and migrant children.: Technical guidance. 2018.
70. Kulla M., Josse, F., Stierholz M., Hossfeld B., Lampl L. & Helm M. Initial assessment and treatment of refugees in the Mediterranean Sea. A secondary data analysis concerning the initial assessment and treatment of 2656 refugees rescued

from distress at sea in support of the EUNAVFOR MED relief mission of the EU. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*. 2016, 24(1):

71. EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA: technical report. 2014.

72. EUROSTAT. Asylum statistics explained: 2017. 2018. [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum_statistics) (Accessed 13 Oct 2018)

73. ISSOP MIGRATION WORKING GROUP. ISSOP position statement on migrant child health. *Child: care, health and development*, 2018, 44.1: 161-170.

74. O'connell D. J. Moving children? Child trafficking, child migration, and child rights. *Critical social policy*, 2011, 31.3: 454-477.

75. Evans D. Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020. 2017.

76. Williams B, Cassar C, Siggers G, et al. Medical and social issues of child refugees in Europe. *Arch Dis Child* 2016;101:839–42.

77. HJERN, A.; STUBBE ØSTERGAARD, L. Migrant children in Europe: Entitlements to health care. London: EU Commission, 2016.

78. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, et al. Providing care for immigrant, migrant, and border children. *Pediatrics*, 2013, 131.6: e2028-e2034.

79. Loucas M., Loucas R. & Muensterer O. Surgical health needs of minor refugees in Germany: a cross-sectional study. *Eur J Pediatr Surg*. 2018, 28(1): 60-66.

80. Montgomery E. Refugee children from the Middle East. *Scand J Soc Med Suppl*. 1998, 54:1-152.

81. Hjern A., Rajmil L., Bergstrom M., Berlin M., Gustafsson P. & Modin B. Migrant density and well-being: a national school survey of 15-year-olds in Sweden. *Eur J Public Health*. 2013, 23(5): 823-828.

82. Vervliet M., Lammertyn J., Broekaert E. & Derluyn I. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014, 23(5): 337-346.
83. Zwi K., Woodland L., Mares S., Rungan S. & Palasanthiran P. Helping refugee children thrive: what we know and where to next. *Arch Dis Child*. 2018, 103(6): 529-532.
84. Steel Z., Liddell B., Bateman-Steel C. & Zwi A. Global protection and the health impact of migration interception. *PLOS Med*. 2011, 8(6): 100-138.
85. Puthoopparambil S. & Bjerneld M. Detainees, staff, and health care services in immigration detention centres: a descriptive comparison of detention systems in Sweden and in the Benelux countries. *Glob Health Action*. 2016, 9: (1) 30358.
86. General Comment No. 10 (2007). Children's rights in juvenile justice. Geneva: United Nations Committee on the Rights of the Child 2007.
87. Jensdottir R. & BEATTIE T. 'Reaching the heights for the rights of the child': the Council of Europe Strategy for the Rights of the Child 2016-2020. *Chronicle.*, 2016, 2.July: 9-13.
88. Woodland L., Burgner D., Paxton G., Zwi K. Health service delivery for newly arrived refugee children: a framework for good practice. *J Paediatr Child Health*. 2010, 46(10): 560-7.
89. Woodland L., Kang M., Elliot C., Perry A., Eagar S. & Zwi K. Evaluation of a school screening programme for young people from refugee backgrounds. *J Paediatr Child Health*. 2016, 52(1): 72-79.
90. Watts D., Friedman J. & Vivier P. Health care utilization of refugee children after resettlement. *J Immigr Minor Health*. 2012; 14: 583–588.
91. Semenza J., Rocklov J., Penttinen P. & Lindgren E. Observed and projected drivers of emerging infectious diseases in Europe. *Ann N Y Acad Sci*. 2016, 13(1): 73-83.
92. Heudorf U., Krackhardt B., Karathana M., Kleinkauf N. & Zinn C. Multidrug-resistant bacteria in unaccompanied refugee minors arriving in Frankfurt am Main, Germany, *Euro Surveill*. 2016, 21(2).

93. Salehi L., Lofters AK, Hoffmann SM, et al. Health and growth status of immigrant and refugee children in Toronto, Ontario: A retrospective chart review. *Paediatr Child Health*. 2015, 20(8).
94. Williams G., Bacci S., Shadwick R., Tillmann T., Rechel B., Noori T. et al. Measles among migrants in the European Union and the European Economic Area. *Scand J Public Health*. 2016, 44(1): 6–13.
95. Hjern A., Kocturk-Runefors T., Jeppson O., Tegelman R., Hojer B., Adlercreutz H. Health and nutrition in newly resettled refugee children from Chile and the Middle East. *ActaPaediatr Scand*. 1991, 80(8-9): 859-67.
96. Fernell E., Barnevik-Olsson M., Bagenholm G., Gillberg C., Gustafsson S. & Saaf M. Serum levels of 25-hydroxyvitamin D in mothers of Swedish and of Somali origin who have children with and without autism. *ActaPaediatr*. 2010, 99(5): 743-7.
97. Modgil G., Williams B., Oakley G. & Burren C. High prevalence of Somali population in children presenting with vitamin D deficiency in the UK. *Arch Dis Child*. 2010, 95(7): 568-9.
98. Javanbakht A., Rosenberg D., Haddad L. & Arfken C. Mental health in Syrian refugee children resettling in the United States: war trauma, migration, and the role of parental stress. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018, 57(3): 209-11.
99. Fazel M. & Stein A. The mental health of refugee children. *Arch Dis Child*. 2002, 87(5): 366-70.
100. Fazel M., Wheeler J. & Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005, 365:1309-14.
101. Eruyar S., Maltby J. & Vostanis P. Mental health problems of Syrian refugee children: the role of parental factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018, 27(4):401–9.
102. Sharara S. & Kanj S. War and infectious diseases: challenges of the Syrian civil war. *PLoS pathogens*. 2014 Nov 13(11).



103. Hayani K., Dandashli A. & Weisshaar E. Cutaneous leishmaniasis in Syria: clinical features, current status and the effects of war. *Acta dermato-venereologica*. 2015, 15(1):62-6.
104. Khan M., Osei-Kofi A., Omar A., Kirkbride H., Kessel A., Abbara A., et al. Pathogens, prejudice, and politics: the role of the global health community in the European refugee crisis. *Lancet Infect Dis*. 2016, 16(8):173-7.
105. MacPherson D., Gushulak B., Baine W., Bala S., Gubbins P., Holtom P., et al. Population mobility, globalization, and antimicrobial drug resistance. *Emerging infectious diseases*. 2009, 15(11):1727.
106. Ungan S., Reeve A., Reed P. & Voss L. Health needs of refugee children younger than 5 years arriving in New Zealand. *Pediatr Infect Dis J*. 2013, 32:432–6.
107. UPROOTED, UNICEF. The growing crisis for refugee and migrant children. New York: UNICEF, 2016.
108. Ravensbergen S., Lokate M., Cornish D. et al. High prevalence of infectious diseases and drug-resistant microorganisms in asylum seekers admitted to hospital; no carbapenemase producing Enterobacteriaceae until September 2015. *PLoS One*. 2016, 11(5):e0154791.
109. Afrakhteh N., Marhaba Z., Mahdavi S., Garoosian S., Mirnezhad R., Vakili M. et al. Prevalence of enterobius vermicularis amongst kindergartens and preschool children in Mazandaran Province, North of Iran. *J parasit dis*. 2016, 40(4):1332–1336.
110. Turk T., Al Saadi T., Sawaf B., Alkhatib M., Zakaria M. & Daaboul B. Progressive liver failure post acute hepatitis A, over a three-month period, resulting in hepatorenal syndrome and death. *Gastroenterology report*. 2017, 1(2):161-4.
111. Fazel M., Reed R., Jones L., Panter-Brick C. & Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*, 2012, 379.9812: 266-282.
112. Ferrer APS, Sucupira ACSL, Grisi SJFE. Causes of hospitalization among children ages zero to nine years old in the city of São Paulo, Brazil. 2010, 65(1):35-44.

113. Xu K., Shinobu WG., Ming Q., Brandon G. & Jungyoon K. Common Diagnoses among Refugee Populations: Linked Results with Statewide Hospital Discharge Database. *Annals of Global Health*. 2018, 84(3).
114. Hershey CL, Doocy S. & Anderson J. Incidence and risk factors for Malaria, pneumonia and diarrhea in children under 5 in UNHCR refugee camps: A retrospective study. *Confl Health*. 2011, 5: 24.
115. Van BG, Bohle CF & Manantsoa S. A refugee camp in the centre of Europe: Clinical characteristics of asylum seekers arriving in Brussels. *BMJ open*, 2016, 6.11: e013963.
116. Pavlopoulou I.D., Tanaka M., Dikalioti S., Samoli, E., Nisianakis, P., Boleti O.D. et al. Clinical and laboratory evaluation of new immigrant and refugee children arriving in Greece. *BMC Pediatr*. 2017, 17, 132.
117. Pavli A. & Maltezou H. Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *J. Travel Med*. 2017, 24(4).