



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Διπλωματική Εργασία

**ΣΤΑΣΕΙΣ, ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ  
“PHILOS II” ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ  
ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ**

ΤΟΥ

**ΘΕΟΔΩΡΟΥ ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ**

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια  
Δρ Θεοδώρα Καυκιά

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος  
ειδίκευσης στη διοίκηση & οργάνωση μονάδων υγείας

Θεσσαλονίκη, Σεπτέμβριος 2020



Η παρούσα Διπλωματική Εργασία καλύπτεται στο σύνολό της νομικά από δημόσια άδεια πνευματικών δικαιωμάτων Creative Commons:

Αναφορά Δημιουργού - Μη Εμπορική Χρήση - Παρόμοια Διανομή



Μπορείτε να:

- Μοιραστείτε: αντιγράψετε και αναδιανέμετε το παρόν υλικό με κάθε μέσο και τρόπο
- Προσαρμόστε: αναμείξτε, τροποποιήστε και δημιουργήστε πάνω στο παρόν υλικό

Υπό τους ακόλουθους όρους:

- ❖ Αναφορά Δημιουργού: Θα πρέπει να καταχωρίσετε αναφορά στο δημιουργό, με σύνδεσμο της άδειας, και με αναφορά αν έχουν γίνει αλλαγές. Μπορείτε να το κάνετε αυτό με οποιονδήποτε εύλογο τρόπο, αλλά όχι με τρόπο που να υπονοεί ότι ο δημιουργός αποδέχεται το έργο σας ή τη χρήση που εσείς κάνετε.
- ❖ Μη Εμπορική Χρήση: Δε μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το υλικό για εμπορικούς σκοπούς.
- ❖ Παρόμοια Διανομή: Αν αναμείξετε, τροποποιήσετε, ή δημιουργήσετε πάνω στο παρόν υλικό, πρέπει να διανείμετε τις δικές σας συνεισφορές υπό την ίδια άδεια Creative Commons όπως και το πρωτότυπο.

Αναλυτικές πληροφορίες νομικού κώδικα στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode>

## Υπεύθυνη Δήλωση

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τον Κανονισμό Σπουδών του Μεταπτυχιακού Προγράμματος στη Διοίκηση & Οργάνωση Μονάδων Υγείας του Διεθνούς Πανεπιστημίου Ελλάδος, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Η παρούσα Διπλωματική Εργασία αποτελεί έργο αποκλειστικά δικής μου δημιουργίας, έρευνας, μελέτης και συγγραφής.
- Για τη συγγραφή της Διπλωματικής μου Εργασίας δεν χρησιμοποίησα ολόκληρο ή μέρος έργου άλλου δημιουργού ή τις ιδέες και αντιλήψεις άλλου δημιουργού χωρίς να γίνεται σαφής αναφορά στην πηγή προέλευσης (βιβλίο, άρθρο από επιστημονικό περιοδικό, ιστοσελίδα κλπ.).

Θεσσαλονίκη, ημέρα, Αυγούστου, 2020

Ο Δηλών: Θεόδωρος Χριστόπουλος

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα έρευνα διερευνώνται οι στάσεις, αντιλήψεις και απόψεις των επαγγελματιών υγείας και των διοικητικών υπαλλήλων του προγράμματος PHILOS II σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε προσφυγικό και μεταναστευτικό πληθυσμό. Σκοπός της είναι ο προσδιορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν την παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες, το επίπεδο επιρροής τους, καθώς και το βαθμό πολιτισμικής επάρκειας του προσωπικού κατά την αντιμετώπιση διαπολιτισμικών ασθενών.

Η ποσοτική έρευνα διεξήχθη το έτος 2020 και ο πληθυσμός-στόχος ήταν το προσωπικό που υλοποιεί το πρόγραμμα PHILOS II. Για τους σκοπούς της έρευνας δημιουργήθηκε ανώνυμο, δομημένο ερωτηματολόγιο, με ερωτήσεις κλειστού τύπου, βάσει των σταθμισμένων ερωτηματολογίων των ερευνών INTERHEALTH (2016), των Προδρόμου και συν. (Ιανουάριος 2018), των Τριγώνη και συν. (4 Οκτωβρίου 2017), των Αναστασόπουλος (2014), Χατζημπύρος (2014), Κοτσιώνη (2011), Καρακώστα (2016), Milionis (2019). Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας προηγήθηκε πιλοτική εφαρμογή. Τα πρωτογενή στοιχεία που συλλέχθηκαν, αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS 23.0. Αρχικά, με την Παραγοντική Ανάλυση οι μεταβλητές ομαδοποιήθηκαν και στη συνέχεια εφαρμόστηκε η στατιστική τεχνική της Παλινδρόμησης, με τη μέθοδο stepwise. Οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν ότι γενικά είναι θετικές οι στάσεις, απόψεις και αντιλήψεις τους για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε προσφυγικό πληθυσμό. Αναδείχθηκαν τρεις παράγοντες που επηρεάζουν την παροχή υπηρεσιών υγείας: « Πειοιθήσεις επαγγελματιών υγείας και διοικητικών», « Συμπεριφορά-Πρακτικές επαγγελματιών υγείας και διοικητικών» και «Δεξιότητες επαγγελματιών υγείας και διοικητικών». Οι επαγγελματίες υγείας συμφωνούν αρκετά ότι και οι τρεις παράγοντες επηρεάζουν στον ίδιο βαθμό τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε προσφυγικό πληθυσμό. Προσαρμόστηκε μοντέλο πρόβλεψης των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων για κάθε παράγοντα-διάσταση.

Διαπιστώθηκε η προσφορά του καινοτόμου προγράμματος παροχής υγείας, PHILOS, στον μεταναστευτικό πληθυσμό. Η έρευνα συμβάλει στη συνειδητοποίηση των αισθημάτων των εργαζομένων του προγράμματος PHILOS, για το ανθρωπιστικό έργο που προσφέρουν, αλλά σημαντική είναι και η προσφορά της στην πολιτεία

αναγνωρίζοντας το έργο των εργαζομένων και δημιουργώντας τις κατάλληλες προϋποθέσεις για την επιτυχή υλοποίηση του προγράμματος.

**Λέξεις κλειδιά:** Αντιλήψεις, απόψεις, διαπολιτισμική υγεία, επαγγελματίες υγείας, μετανάστες, πρόσφυγες, philos, στάσεις.

## ABSTRACT

The present research explores the attitudes, perceptions and views of health professionals and administrators of the PHILOS II program regarding the health services provided to the refugee and migrant population. Its purpose is to identify the factors that affect the provision of health services to refugees and migrants, their level of influence, as well as the degree of staff's cultural competence in dealing with intercultural patients.

The quantitative research was conducted in 2020 and the target population is the staff implementing the PHILOS II program. For the purposes of the research, an anonymous, structured questionnaire was created, with closed-ended questions, based on the weighted questionnaires of the INTERHEALTH (2016) surveys, by Prodromos et al. (January 2018), Trigoni et al. (October 4, 2017), by Anastasopoulos (2014), Hadjibyros (2014), Kotsioni (2011), Karakosta (2016), Milionis (2019). A pilot application preceded the reliability test. The primary data collected were analyzed with the statistical package SPSS 23.0. Initially, with the Factor Analysis, the variables were grouped and then the statistical technique of Regression Analysis was applied, using the stepwise method. Health professionals agree that their attitudes, views and perceptions about the provision of health services to the refugee population are generally positive. Three factors emerged that influence the provision of health services: "Beliefs of health professionals and administrators", "Behavior-Practices of health professionals and administrators" and "Skills of health professionals and administrators". Health professionals agree that all three factors have the same effect on health services provided to the refugee population. A model for predicting positive attitudes, perceptions and views for each factor-dimension was adapted.

The positive effects of the innovative health care program PHILOS to the immigrant population was noted. The research contributes to the awareness of the feelings of the employees of the PHILOS program, for the humanitarian work they offer. Its contribution to the state is also important, recognizing the work of the employees and creating the appropriate conditions for the successful implementation of the program.

**Key words:** Attitudes, health professionals, intercultural health, immigrants, perceptions, philo, refugees, views.

## **Ευχαριστίες**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια Δρ. Καυκιά Θεοδώρα για την σημαντική συμβολή της στην πραγματοποίηση της συγκεκριμένης εργασίας. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου που με στήριξε όλο αυτό το διάστημα.



## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT .....	6
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ .....	9
ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	16
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	19
ΣΤΟΧΟΣ - ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	22
ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	22
Α' ΜΕΡΟΣ .....	24
<u>ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ</u> .....	25
1.1.ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ ΤΩΝ ΟΡΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ- ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟ .....	25
1.2.ΘΕΩΡΙΕΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ.....	26
1.2.1. Νεοκλασική θεωρία.....	26
1.2.2. Ιστορική – Δομική θεωρία (Historical – Structural Approach)....	27
1.2.3. Θεωρία Συστημάτων Μετανάστευσης (Migration Systems Theory).....	27
1.3.ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ.....	28
1.3.1. Οικονομικές θεωρίες.....	28
1.3.2. Κοινωνιολογικές θεωρίες.....	28
1.3.3 Φεμινιστική προσέγγιση.....	29
1.3.4. Αριστερές κοινωνικοοικονομικές προσεγγίσεις.....	29
1.3.5.Διεθνική οπτική της μετανάστευσης.....	29
1.3.6. Θεωρίες Έναρξης.....	29
1. 3.7. Θεωρίες Διατήρησης.....	30
1.4. ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟ .....	31
1.5. ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΑ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ .....	33
1.6. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	34

<b>1.7. ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, ΠΑΡΟΧΕΣ ΤΟΥ ΕΣΥ ΣΕ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ, ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ, ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΔΡΟΜΗ.....</b>	<b>36</b>
<b>1.8. ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ .....</b>	<b>41</b>
1.8.1. Το γλωσσικό εμπόδιο.....	42
1.8.2. Δυσκολίες στη φροντίδα των μεταναστών χωρίς κάλυψη υγείας.....	42
1.8.3. Κοινωνική περιθωριοποίηση και τραυματικές εμπειρίες.....	43
1.8.4. Έλλειψη εξοικείωσης με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, διοικητικά εμπόδια, γραφειοκρατία.....	43
1.8.5. Οι διαφορές στην κουλτούρα υγείας και διαφορετικές κατανοήσεις της ασθένειας και της θεραπείας.....	44
1.8.6. Πολιτισμικές διαφορές.....	45
1.8.7. Αρνητικές συμπεριφορές μεταξύ του προσωπικού και των ασθενών.....	45
1.8.8. Έλλειψη πρόσβασης στο ιατρικό ιστορικό.....	46
1.8.9. Περικοπές προϋπολογισμού μονάδων υγείας.....	46
<b>1.9. ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ.....</b>	<b>47</b>
<b>1.10. ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.....</b>	<b>51</b>
<b>1.11. ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ “PHILOS I ΚΑΙ II” .....</b>	<b>54</b>
1.11.1. Στόχοι του προγράμματος .....	55
1.11.2. Ενίσχυση της επιτήρησης στον πληθυσμό των προσφύγων και μεταναστών.....	57
1.11.3. Ενίσχυση της εργαστηριακής διαγνωστικής δυνατότητας των νοσοκομείων της χώρας και των κέντρων αναφοράς.....	58
1.11.4. Οργάνωση και διεξαγωγή δράσεων μαζικού εμβολιασμού.....	60
1.11.5. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στα Κέντρα Φιλοξενίας.....	61
1.11.6. Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας.....	62
1.11.7. Ενίσχυση των δομών του Δημόσιου Συστήματος Υγείας.....	65
<b>1.12. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....</b>	<b>65</b>

<b>1.13. ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ .....</b>	<b>74</b>
1.13.1.Οργανωτική ευελιξία με επαρκή χρόνο, πόρους και εξατομίκευση της περίθαλψης.....	75
1.13.2.Καλές υπηρεσίες διερμηνείας.....	75
1.13.3.Δουλεύοντας με κοινωνικές υπηρεσίες και την οικογένεια.....	77
1.13.4.Πολιτισμική ευαισθησία των επαγγελματιών υγείας.....	77
1.13.5. Εκπαιδευτικά προγράμματα και πληροφοριακό υλικό για τους μετανάστες και επαγγελματίες υγείας.....	78
1.13.6.Θετικές και σταθερές σχέσεις μεταναστών με το προσωπικό.....	79
1.13.7.Σαφής καθορισμός ορίων στα δικαιώματα των διαφορετικών ομάδων μεταναστών.....	79
1.13.8.Αύξηση της χρήσης νέων τεχνολογιών στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε ομάδες με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο.....	79
1.13.9.Ενημέρωση των μεταναστών και προσφύγων ασθενών για τα δικαιώματα τους από τους αρχές και τους επαγγελματίες υγείας.....	80
1.13.10 Η προσαρμογή των διαπολιτισμικών ικανοτήτων σε καθημερινή πρακτική σε ιατρικό περιβάλλον.....	80
1.13.11. Δημιουργία ειδικών ομάδων υποδοχής προσφύγων και μεταναστών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας.....	80
1.13.12.Ανταλλαγή εμπειριών και γνώσεων σχετικά με διαπολιτισμικά θέματα και την υγεία μέσα στο σύστημα υγείας.....	80
1.13.13.Αλλαγές στη λειτουργία του συστήματος υγείας.....	81
1.13.14. Συνεργασία με φορείς, υπηρεσίες και οργανισμούς.....	81

<b>Β' ΜΕΡΟΣ .....</b>	<b>82</b>
-----------------------	-----------

<b><u>ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ .....</u></b>	<b>83</b>
--------------------------------------	-----------

<b>2.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....</b>	<b>83</b>
---	-----------

<b>2.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ.....</b>	<b>83</b>
---	-----------

<b>2.3.ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ.....</b>	<b>84</b>
---	-----------

<b>2.4. ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ .....</b>	<b>85</b>
-----------------------------------	-----------

<b>2.5. ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ (validity) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ .....</b>	<b>86</b>
---	-----------

2.6. ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ (Reliability Analysis) .....	87
2.7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	89
<b><u>ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ</u></b> .....	<b>92</b>
<b>ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ (Descriptive Statistics) .....</b>	<b>92</b>
<b>3.1. ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....</b>	<b>92</b>
3.1.1. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Φύλο .....	92
3.1.2 Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Ηλικία.....	92
3.1.3. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Οικογενειακή κατάσταση.....	93
3.1.4. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Επίπεδο σπουδών .....	93
3.1.5. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Ειδικότητα .....	94
3.1.6. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Έτη εργασίας στο προσφυγικό-μεταναστευτικό .....	94
3.1.7. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Χρήση ξένης γλώσσας.....	95
3.1.8. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Ώρες εκπαίδευσης ή επιμόρφωσης.....	96
3.1.9. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Παρουσία δυσκολιών στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολυπολιτισμικούς ασθενείς .....	96
3.1.10. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Εμπόδια στην παροχή υπηρεσιών υγείας.....	97
3.1.11. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Τρόπος επικοινωνίας με ωφελούμενους.....	97
3.1.12. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Ύπαρξη δεξιοτήτων σχετικών με τις προκλήσεις .....	98
3.1.13. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Βοήθεια παρά τις ιδιαιτερότητες σε θέματα υγείας.....	98
3.1.14. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Προσαρμογή τρόπου λειτουργίας.....	99
3.1.15. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Προσπάθεια γνώσης πολιτισμικού υποβάθρου.....	99
3.1.16. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις πεποιθήσεις για την υγεία, ασθένεια, τρόπο ζωής και πρακτικές υγείας .....	100
3.1.17. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Επηρεασμός απόδοσης από προκαταλήψεις και επιφυλακτικότητα.....	101

3.1.18. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Θετικά συναισθήματα κατά την φροντίδα των ωφελούμενων.....	101
3.1.19. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Είναι επαγγελματική η στάση σας απέναντι στους ωφελούμενους .....	101
3.1.20. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή ύπαρξης ενσυναίσθησης και συμπόνιας.....	102
3.1.21. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή δεξιότητες αξιολόγησης διάγνωσης και κλινικές .....	102
3.1.22. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Κατανόηση διαφορετικότητας των ωφελούμενων .....	103
3.1.23. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Σεβασμός τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς ανθρώπων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο.....	103
3.1.24. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Απόλαυση των διαφορών ανθρώπων από άλλα είδη πολιτισμών, όπως και της επαφής και επικοινωνίας μαζί τους.....	104
3.1.25. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό.....	104
<b>3.2. CROSSTABS .....</b>	<b>105</b>
3.2.1. Σχέση μεταξύ του φύλου και των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων σχετικά με τη παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό – μεταναστευτικό. ....	105
3.2.2. Σχέση μεταξύ της ηλικίας και των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων σχετικά με τη παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό – μεταναστευτικό. ....	106
3.2.3. Σχέση μεταξύ της ειδικότητας και των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων σχετικά με τη παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό – μεταναστευτικό. ....	107
3.2.4. Σχέση μεταξύ των ετών εργασίας και των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων σχετικά με τη παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό – μεταναστευτικό. ....	108
<b>3.3. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΑΝΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ.....</b>	<b>109</b>
3.3.1. Πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας και διοικητικών υπαλλήλων.....	109
3.3.2. Συμπεριφορά-πρακτικές επαγγελματιών υγείας και διοικητικών.....	111
3.3.3. Δεξιότητες επαγγελματιών υγείας και διοικητικών.....	113

3.4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΩΝ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΩΝ, ΣΥΜΠΕΡΙΦΙΡΑΣ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ.....	113
<b><u>ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ</u></b> .....	115
<b>ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ</b> .....	115
4.1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ (Principal Component Analysis) - ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ.....	115
4.1.1. Προυποθέσεις εφαρμογής της Παραγοντικής Ανάλυσης .....	115
4.1.1.1 Έλεγχος καταλληλότητας δεδομένων.....	115
4.1.1.2.Ομαδοποίηση μεταβλητών-Παράγοντες .....	116
4.2. ΓΡΑΜΜΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΒΛΗΤΩΝ .....	122
4.2.1. Συντελεστής Pearson .....	122
4.2.2. Συσχετίσεις μεταβλητών.....	122
4.2.2.1. Συσχετίσεις ανεξάρτητων μεταβλητών και θετικών στάσεων, πεποιθήσεων, συμπεριφοράς και δεξιοτήτων. ....	122
4.2.2.2 Συσχετίσεις μεταβλητών «ελέγχου» - «Θετικών στάσεων αντιλήψεων και απόψεων» .....	124
4.3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΕΛΕΓΧΟΥ ΜΕ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ .....	126
4.4. Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΓΡΑΜΜΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ .....	129
4.4.1. Παλινδρόμηση των μεταβλητών θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων και πεποιθήσεων .....	130
4.4.2. Παλινδρόμηση των μεταβλητών θετικών στάσεων απόψεων και αντιλήψεων και συμπεριφοράς-πρακτικές των εργαζομένων του philos.....	132
4.4.3. Παλινδρόμηση των μεταβλητών Δεξιότητες .....	134
<b><u>ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ</u></b> .....	138
5.1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	138
5.2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	143
5.3. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ.....	143
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ .....	145
ΒΙΒΛΙΑ.....	145
ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ .....	145
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΑ ΒΙΒΛΙΑ.....	146
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ.....	146
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ .....	147

<b>ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ .....</b>	<b>150</b>
<b>ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΡΙΒΕΣ .....</b>	<b>150</b>
<b>ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ.....</b>	<b>151</b>
<b>ΦΥΛΑΔΙΑ .....</b>	<b>151</b>
<b>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ .....</b>	<b>152</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>162</b>
<b>ΕΝΤΥΠΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΤΟΥ PHILOS .....</b>	<b>163</b>
<b>ΑΔΕΙΑ ΔΙΑΝΟΜΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ .....</b>	<b>164</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ .....</b>	<b>165</b>

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΩΝ

Εικόνα 1. Πληθυσμός Ε.Ε.....	20
Εικόνα 2. Πρόσφυγες και μετανάστες παγκοσμίως.....	31
Εικόνα 3. Η δομή του ΕΣΥ , από την έρευνα του 2020 του οργανισμού της ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ: Το Νέο ΕΣΥ: Η νασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	36
Εικόνα 4. Ιεράρχηση αναγκών προσφύγων και μεταναστών.....	38
Πίνακας1. «Εβδομαδιαία Έκθεση επιδημιολογικής επιτήρησης σε σημεία φροντίδας υγείας προσφύγων/μεταναστών».....	59
Διάγραμμα 1. Το οργανόγραμμα του προγράμματος philos.....	64
Εικόνα 5. Ιεράρχηση αναγκών μεταναστών και προσφύγων.....	73
Πίνακας 2 : Συντελεστής alpha Cronbach's για «Πεποιθήσεις-αισθήματα των επαγγελματιών υγείας και διοικητικών».....	88
Πίνακας 3 : Συντελεστής alpha Cronbach's για «Συμπεριφορά-πρακτικές των επαγγελματιών υγείας και διοικητικών».....	88
Πίνακας 4 : Συντελεστής alpha Cronbach's για «Δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας και διοικητικών».....	89
Πίνακας 5: Κατανομή φύλου.....	92
Πίνακας 6: Κατανομή Ηλικίας.....	93
Πίνακας 7: Κατανομή οικογενειακή κατάσταση.....	93
Πίνακας 8: Κατανομή επιπέδου σπουδών.....	94
Πίνακας9: Κατανομή ειδικότητα.....	94
Πίνακας 10: Κατανομή ετών εργασίας στο προσφυγικό.....	95
Πίνακας 11: Κατανομή χρήσης ξένης γλώσσας.....	95
Πίνακας 12: Κατανομή Ωρες εκπαίδευσης ή επιμόρφωσης.....	96
Πίνακας 13: Κατανομή Παρουσία δυσκολιών.....	96
Πίνακας 14: Κατανομή Εμπόδια στην παροχή υπηρεσιών υγείας.....	97
Πίνακας 15: Κατανομή τρόπος επικοινωνίας.....	98
Πίνακας 16: Κατανομή ύπαρξης δεξιοτήτων.....	98
Πίνακας 17: Η κατανομή της βοήθειας.....	99
Πίνακας 18: Η κατανομή της προσαρμογής του τρόπου λειτουργίας.....	99
Πίνακας 19: Η κατανομή προσπάθεια γνώσης πολιτισμικού υπόβαθρου.....	100
Πίνακας 20: Η κατανομή Συλλογής πληροφοριών.....	100
Πίνακας 21: Η κατανομή της Απόδοσης.....	101
Πίνακας 22: Η κατανομή των θετικών συναισθημάτων.....	101
Πίνακας 23: Η κατανομή της επαγγελματικής στάσης.....	102
Πίνακας 24: Η κατανομή της ενσυναίσθησης.....	102
Πίνακας 25: Η κατανομή των δεξιοτήτων αξιολόγησης.....	103
Πίνακας 26: Η κατανομή της κατανόησης της διαφορετικότητας.....	103



Πίνακας 27: Η κατανομή του Σεβασμού τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς.....	104
Πίνακας 28: Η κατανομή της απόλαυσης των διαφορών.....	104
Πίνακας 29: Η κατανομή της θετικότητας των στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων...	105
Πίνακας 30: Σχέση μεταξύ του φύλου και των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων.....	106
Πίνακας 31: Σχέση μεταξύ της ηλικίας και των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων.....	107
Πίνακας 32 : Σχέση μεταξύ της ειδικότητας και των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων.....	108
Πίνακας 33: Σχέση μεταξύ των ετών εργασίας και των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων.....	109
Πίνακας 34: Μέσος όρος και τυπική απόκλιση του παράγοντα «Πεποιθήσεις επαγγελματιών υγείας και διοικητικών».....	111
Πίνακας 35: Μέσος όρος και τυπική απόκλιση του παράγοντα «Στάσεις επαγγελματιών υγείας και διοικητικών».....	112
Πίνακας 36: Περιγραφικά μέτρα του παράγοντα «Δεξιότητες επαγγελματιών υγείας και διοικητικών».....	113
Πίνακας 37: Μέση τιμή-Τυπική απόκλιση των παραγόντων.....	114
Πίνακας 38: Bartlett test.....	115
Πίνακας 39: Ποσοστά διακύμανσης που ερμηνεύουν οι μεταβλητές.....	117
Πίνακας 40:Εταιρικότητα.....	118
Πίνακας 41: Φορτίσεις πριν την ορθογώνια περιστροφή.....	119
Πίνακας 42: Φορτίσεις μετά την περιστροφή.....	120
Πίνακας43: Παράγοντες μεταβλητής «θετικών στάσεων, απόψεων, αντιλήψεων» που προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση.....	121
Πίνακας 44:Τελικός πίνακας παραγόντων «θετικών στάσεων, απόψεων, αντιλήψεων».....	121
Πίνακας 45:Πίνακας συσχετίσεων «θετικών στάσεων, αντιλήψεων, απόψεων» και «παραγόντων τους».....	123
Πίνακας 46: Πίνακας συσχετίσεων «μεταβλητών ελέγχου» – «θετικών στάσεων, αντιλήψεων, απόψεων.....	124
Πίνακας 47: Συσχετίσεις μεταβλητών ελέγχου με τους παράγοντες.....	128
Πίνακας 48: Συντελεστής προσδιορισμού για «Πεποιθήσεις».....	130
Πίνακας 49: Ανάλυση διακύμανσης για πεποιθήσεις.....	130
Πίνακας 50:Εκτιμήσεις παραμέτρων.....	131
Διάγραμμα 2: P-PPlot των καταλοίπων των πεποιθήσεων.....	132
Πίνακας 51:Συντελεστής προσδιορισμού για συμπεριφορά-πρακτικές.....	133
Πίνακας 52:Ανάλυση παλινδρόμησης για συμπεριφορά- πρακτικές.....	133
Πίνακας 53:Εκτιμήσεις παραμέτρων για συμπεριφορά-πρακτικές.....	133
Διάγραμμα 3: P-PPlot των καταλοίπων.....	134
Πίνακας 54: Συντελεστής προσδιορισμού.....	135
Πίνακας 55: Ανάλυση Παλινδρόμησης.....	135

Πίνακας 56: Εκτιμήσεις παραμέτρων.....	136
Διάγραμμα 4: P-PPlot των καταλοίπων- ευθεία παλινδρόμησης.....	137
Διάγραμμα 5: Διάγραμμα rplots για θετικές στάσεις, απόψεις, αντιλήψεις.....	164
Διάγραμμα 6: Διάγραμμα rplots για «Απολαμβάνετε τις διαφορές των ανθρώπων από άλλα είδη πολιτισμών, την επαφή και την επικοινωνία μαζί τους;».....	164
Διάγραμμα 7: Διάγραμμα rplots για «Θεωρείτε ότι πρέπει να σέβεστε τον τρόπο σκέψης και την συμπεριφορά των ανθρώπων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο;».....	165
Διάγραμμα 8: Διάγραμμα rplots για «Δείχνετε κατανόηση στη διαφορετικότητα των ωφελούμενων;».....	165
Διάγραμμα 9: Διάγραμμα rplots για «Πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να έχουν δεξιότητες αξιολόγησης και διάγνωσης, όπως και κλινικές δεξιότητες σχετικά με την φροντίδα διαπολιτισμικών ομάδων;».....	166
Διάγραμμα 10: Διάγραμμα rplots για «Συμφωνείτε ότι όσοι σχολούνται με το προσφυγικό – μεταναστευτικό πρέπει να έχουν ενσυνίσθηση/συμπόνοια;».....	166
Διάγραμμα 11: Διάγραμμα rplots για «Είναι επαγγελματική η στάση σας απέναντι στους ωφελούμενους;Τους αντιμετωπίζετε με ευγένεια και αλληλεγγύη;».....	167
Διάγραμμα 12: Διάγραμμα rplots για «Τα συναισθήματα σας είναι θετικά κατά την φροντίδα των ωφελούμενων;».....	167
Διάγραμμα 13: Διάγραμμα rplots για «Οι προκαταλήψεις και η επιφυλακτικότητα επηρεάζουν την απόδοση των επαγγελματιών υγείας;».....	168
Διάγραμμα 14: Διάγραμμα rplots για «Συλλέγετε πληροφορίες σχετικά με τις πεποιθήσεις για την υγεία, την ασθένεια, τον τρόπο ζωής και τις πρακτικές υγείας της χώρας του;».....	168
Διάγραμμα 15: Διάγραμμα rplots για «Προσπαθείτε να μάθετε το κοινωνικό κι πολιτισμικό υπόβαθρο του ατόμου στο οποίο παρέχετε υπηρεσίες υγείας;».....	169
Διάγραμμα 16: Διάγραμμα rplots για «Προσαρμόζετε τον τρόπο λειτουργίας σας και την συμπεριφορά σας όταν έχετε απέναντι σας κάποιον με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα και κουλτούρα;».....	169
Διάγραμμα 17: Διάγραμμα rplots για «Παρά την ιδιαίτερη στάση των ωφελούμενων σε θέματα υγείας, νομίζετε ότι μπορείτε να τους βοηθήσετε;».....	170
Διάγραμμα 18: Διάγραμμα rplots για «Πιστεύετε ότι έχετε τις απαραίτητες δεξιότητες για να αντεπεξέλθετε στις προκλήσεις σχετικά με την πολιτισμικότητα των ωφελουμένων;».....	170
Διάγραμμα 19: Διάγραμμα rplots για «Με ποιο τρόπο επικοινωνείτε περισσότερο με τους ωφελούμενους;».....	171
Διάγραμμα 20: Διάγραμμα rplots για «Πιστεύετε ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολυπολιτισμικούς ασθενείς παρουσιάζει δυσκολίες;».....	171
Διάγραμμα 21: Κατανομή Φύλου.....	172
Διάγραμμα 22: Κατανομή Ηλικίας.....	172
Διάγραμμα 23: Κατανομή οικογενειακή κατάσταση.....	173
Διάγραμμα 24: Κατανομή Επιπέδου σπουδών.....	173
Διάγραμμα 25: Κατανομή Ειδικότητα.....	174
Διάγραμμα 26: Κατανομή ετών εργασίας στο προσφυγικό- μεταναστευτικό.....	174
Διάγραμμα 27: Κατανομή Χρήση ξένης γλώσσας.....	175
Διάγραμμα 28: Κατανομή Ώρες εκπαίδευσης ή επιμόρφωσης.....	175
Διάγραμμα 29: Κατανομή Παρουσία δυσκολιών.....	176
Διάγραμμα 30: Κατανομή Εμπόδια στην παροχή υπηρεσιών υγείας.....	176
Διάγραμμα 31: Κατανομή τρόπος επικοινωνίας.....	177
Διάγραμμα 32: Κατανομή ύπαρξης δεξιοτήτων.....	177
Διάγραμμα 33: Η κατανομή της βοήθειας.....	178
Διάγραμμα 34: Η κατανομή της προσαρμογής του τρόπου λειτουργίας.....	178
Διάγραμμα 35: Η κατανομή προσπάθεια γνώσης πολιτισμικού υπόβαθρου.....	179
Διάγραμμα 36: Η κατανομή Συλλογής πληροφοριών.....	179
Διάγραμμα 37: Η κατανομή της Απόδοσης.....	180

Διάγραμμα 38: Η κατανομή των θετικών συναισθημάτων.....	180
Διάγραμμα 39: Η κατανομή της επαγγελματικής στάσης.....	181
Διάγραμμα 40: Η κατανομή της ενσυναίσθησης.....	181
Διάγραμμα 41: Η κατανομή των δεξιοτήτων αξιολόγησης.....	182
Διάγραμμα 42: Η κατανομή της κατανόησης της διαφορετικότητας.....	182
Διάγραμμα 43: Η κατανομή του Σεβασμού τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς.....	183
Διάγραμμα 44: Η κατανομή της απόλαυσης των διαφορών.....	183
Διάγραμμα 45: Η κατανομή της θετικότητας των στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων.....	184
Διάγραμμα 46 : Σχέση μεταξύ του φύλου και των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων.....	184
Διάγραμμα 47: Σχέση μεταξύ της ηλικίας και των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων.....	185
Διάγραμμα 48: Σχέση μεταξύ της ειδικότητας και των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων.....	186
Διάγραμμα 49: Σχέση μεταξύ των ετών εργασίας και των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων.....	187
Διάγραμμα 50: P-PPlot των καταλοίπων των «πεποιθήσεων».....	188
Διάγραμμα 51: P-PPlot των καταλοίπων.....	189
Διάγραμμα 52: P-PPlot των καταλοίπων- ευθεία παλινδρόμησης.....	190

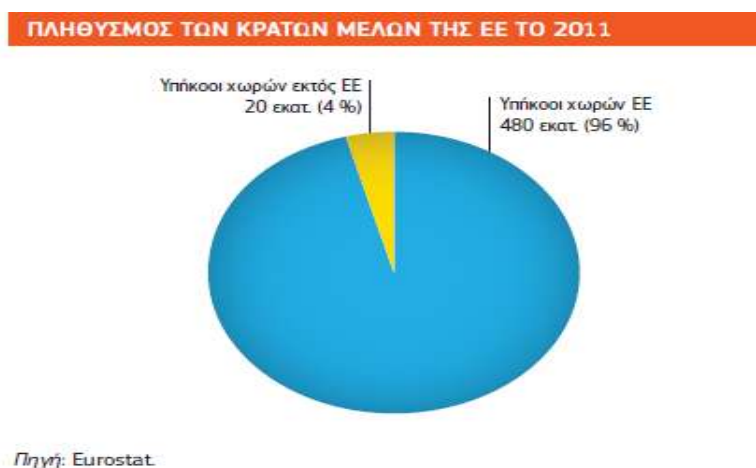
## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φαινόμενο της μετανάστευσης παρατηρείται από την αρχαιότητα σε όλα τα μήκη και πλάτη του πλανήτη. Πάντοτε ο άνθρωπος αναζητούσε καλύτερες συνθήκες ζωής και εργασίας. Συγχρόνως, έχουν προστεθεί διάφορες περιφερειακές πολεμικές συγκρούσεις με αποτέλεσμα μαζικές εκτοπίσεις πληθυσμού, κοινωνικές μεταβολές, οικονομικές και πολιτικές κρίσεις, επαναστάσεις, η ασύμμετρη κατανομή του πλούτου μεταξύ αναπτυσσόμενων και αναπτυγμένων χωρών, η παγκόσμιας κλίμακας απορρύθμιση της αγοράς εργασίας, οι ανθρωπογενείς καταστροφές, η περιβαλλοντική υποβάθμιση μεγάλων περιοχών του πλανήτη, η κλιματική αλλαγή (καταστροφή καλλιεργειών, έλλειψη νερού, ερημοποίηση, πλημμύρες και άλλα), οι διαφορές βιοτικού επιπέδου από χώρα σε χώρα, αλλά και παγκόσμια, η φτώχεια, οι διαφορές στη δυνατότητα επαγγελματικής ανέλιξης, η παγκοσμιοποίηση, οι πολιτικές, θρησκευτικές και φυλετικές διώξεις. Σε όλα αυτά πρέπει να προστεθούν η πληθυσμιακή έκρηξη στις αναπτυσσόμενες χώρες, η υπογεννητικότητα και η γήρανση του πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες, η μεγάλη ανάγκη για εργατικό

δυναμικό σε αρκετές χώρες και η έκρηξη της ανεργίας σε άλλες. Το ίδιο ισχύει και για μετακινήσεις στο εσωτερικό μιας χώρας, από το ένα μέρος στο άλλο. (Καρακώστα 2016).

Η μετανάστευση είναι ένα φαινόμενο πολυσύνθετο με πολλές διαστάσεις και επίπεδα, αλλά συγχρόνως δυναμικό και επεκτείνεται σε αρκετούς τομείς, όπως αυτόν της ψυχολογίας, της κοινωνιολογίας της πολιτικής, της οικονομίας, του πολιτισμού, της αρχαιολογίας, της γεωργίας και της ιστορίας. Για αυτό, δεν μπορεί να διαμορφωθεί μία επιστήμη που να επεξηγεί όλες τις πλευρές της, αλλά κάθε τομέας ασχολείται με μια διαφορετική πτυχή του φαινομένου. (Παγιαβλά 2020)

Σύμφωνα με την Eurostat, τη στατιστική υπηρεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, από τα 500 εκατομμύρια κατοίκους της τα 20 εκατομμύρια (το 4%) είναι πολίτες χωρών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης.



**Εικόνα 1.** Πληθυσμός Ε.Ε.

Ανάλογο φαινόμενο παρατηρείται και στη χώρα μας. Η ιστορία της χώρας μας είναι, από την αρχαιότητα ως σήμερα, γεμάτη από μετακινήσεις πληθυσμών λόγω πολέμων και συγκρούσεων. Μεγάλη μάζα του πληθυσμού μετανάστευσε, κατά το παρελθόν, στα δυτικά κυρίως κράτη για αναζήτηση εργασίας και καλύτερων συνθηκών ζωής. Τις δεκαετίες 1890 έως 1920 υπήρξε μαζική μετανάστευση 400.000 Ελλήνων στις ΗΠΑ. Με το τέλος των βαλκανικών πολέμων και του Ελληνοτουρκικού πολέμου υπήρξε η μεγαλύτερη ανταλλαγή πληθυσμών στην ιστορία, 1.300.000 Έλληνες και 585.000 Τούρκοι άλλαξαν τόπο κατοικίας. Μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο και μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1970, πολλοί Έλληνες μετανάστευσαν για να καλύψουν τη ζήτηση της αγοράς εργασίας στις

βόρειες χώρες της Ευρώπης. Τότε περίπου άρχισε και η αντιστροφή του κλίματος με την επάνοδο Ελλήνων από Τουρκία, Κύπρο, Αίγυπτο και Ζαΐρ, και συνεχίστηκε με τον επαναπατρισμό των ομογενών από διάφορες χώρες μετά την κατάρρευση των καθεστώτων των χωρών του Υπαρκτού Σοσιαλισμού. (Τριγώνη και συν. 2017)

Στη συνέχεια με την οικονομική κρίση του 2008 και ως το 2015, υπήρξε μαζική μετανάστευση νέων επιστημόνων, κυρίως, σε όλη την Ευρώπη. Από το 2015 και μετά άρχισε να εισέρχεται μεγάλος αριθμός μεταναστών και προσφύγων στη χώρα. Έτσι η χώρα μας πέρασε από όλα τα στάδια, από χώρα αποστολής μεταναστών, έχει μετατραπεί σε χώρα διέλευσης, και χώρα υποδοχής προσφύγων και μεταναστών. (Milionis2019)

Στην παρούσα εργασία επιχειρείται να διερευνηθούν οι στάσεις, αντιλήψεις και απόψεις των επαγγελματιών υγείας και διοικητικών υπαλλήλων από την παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες μέσω του προγράμματος PHILOS. Το θέμα επιλέχθηκε με κριτήριο το προσωπικό ενδιαφέρον του ερευνητή με εμπειρία στα προγράμματα PHILOS I και PHILOS II. Επίσης, στην επιλογή αυτή συνέβαλε το γεγονός ότι οι στάσεις, αντιλήψεις, απόψεις είναι βαρύνουσας σημασίας για τον εργαζόμενο, γιατί συνδέεται άμεσα με την ψυχική του υγεία. Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να αξιοποιηθούν από τις Δομές της Υγείας σε τοπικό επίπεδο (Κέντρα φιλοξενίας προσφύγων και μεταναστών, Κέντρα υποδοχής και ταυτοποίησης), αλλά και σε εθνικό επίπεδο (Υπουργείο Υγείας, ΕΟΔΥ) προκειμένου να ενισχυθούν τα κίνητρα και να εμπλακεί μεγαλύτερος αριθμός επαγγελματιών υγείας στο πρόγραμμα PHILOS, αλλά και να παρθούν μέτρα, ώστε να ενισχυθεί η απόδοσή τους.

Έπειτα από εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση, σε ελληνική και ξένη βιβλιογραφία, διαπιστώθηκε η ύπαρξη πλήθους ερευνών, στον ελλαδικό και διεθνή χώρο, για τις αντιλήψεις-απόψεις-στάσεις επαγγελματιών υγείας για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε προσφυγικό και μεταναστευτικό πληθυσμό. Η πρωτοτυπία της έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι εξετάζει τις απόψεις, στάσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας και διοικητικών του προγράμματος PHILOS στο χώρο της υγείας, εστιάζοντας στο καινοτόμο πρόγραμμα PHILOS που υλοποιείται στην Ελλάδα. Δεν έχει εντοπιστεί αντίστοιχη έρευνα.

## **ΣΤΟΧΟΣ - ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας είναι να διερευνήσει τις στάσεις, αντιλήψεις και απόψεις των επαγγελματιών υγείας και των διοικητικών υπαλλήλων που συμμετέχουν στο πρόγραμμα “PHILOS II” σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας σε προσφυγικό και μεταναστευτικό πληθυσμό στη βόρεια Ελλάδα.

## **ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ**

Τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν από τον κεντρικό σκοπό της έρευνας είναι:

1. Πόσο προετοιμασμένοι είναι οι επαγγελματίες υγείας και οι διοικητικοί υπάλληλοι του προγράμματος για να εργαστούν με διαφορετικό πολιτισμικά πληθυσμό;
2. Ποιες και πόσο ανεπτυγμένες δεξιότητες διαθέτουν οι επαγγελματίες υγείας και οι διοικητικοί υπάλληλοι του προγράμματος σε σχέση με την παροχή διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας;
3. Πόσο τους επηρεάζουν τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις, η επιφυλακτικότητα και τα ταμπού;
4. Ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την παροχή υπηρεσιών υγείας σε προσφυγικό και μεταναστευτικό πληθυσμό;
5. Ποια η επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών, της εμπειρίας και της εκπαίδευσης στην παροχή διαπολιτισμικών υπηρεσιών υγείας;
6. Σε τι βαθμό προσαρμόζουν την συμπεριφορά και τον τρόπο εργασίας τους οι επαγγελματίες υγείας όταν αντιμετωπίζουν διαπολιτισμικούς ασθενείς;
7. Ποια είναι τα συναισθήματα του προσωπικού του προγράμματος philos απέναντι στους πρόσφυγες και μετανάστες;

Αρχικά, συλλέχθηκαν δεδομένα με δομημένο ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε από εργαζομένους του προγράμματος philos το έτος 2020. Προηγήθηκε πιλοτική έρευνα που εξασφάλισε την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου. Τα δεδομένα επεξεργάστηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS 23. Δόθηκε το προφίλ των συμμετεχόντων και υπολογίστηκαν περιγραφικά μέτρα για τα δεδομένα του

δείγματος. Στη συνέχεια, με τη στατιστική τεχνική της Παραγοντικής Ανάλυσης με τη μέθοδο των Κυρίων Συνιστωσών, οι ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν και υπολογίστηκε ο συντελεστής Cronbach's  $\alpha$ , που εξασφάλισε την αξιοπιστία. Τέλος, εφαρμόστηκε Ανάλυση Παλινδρόμησης και προσαρμόστηκαν μαθηματικά μοντέλα για την πρόβλεψη των θετικών στάσεων, αντιλήψεων, απόψεων, από κάθε παράγοντα-διάσταση.

Στο πρώτο μέρος της διπλωματικής εξετάστηκε η έννοια της μετανάστευσης και του προσφυγικού καθώς και τα αίτια του φαινομένου. Στη συνέχεια αναλύθηκαν οι τάσεις και οι προοπτικές της μετανάστευσης σε διεθνές επίπεδο, όπως και οι μορφές και τα στάδια της. Έπειτα, έγινε αναλυτική περιγραφή της δομής και των παροχών του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, καθώς και των πλεονεκτημάτων του, αλλά και των μειονεκτημάτων του. Επιπρόσθετα δόθηκε το θεσμικό πλαίσιο που καθορίζει την πρόσβαση των μεταναστών στην υγειονομική περίθαλψη, των δικαιωμάτων και των παροχών του εθνικού συστήματος υγείας σε προσφυγικό - μεταναστευτικό πληθυσμό. Πραγματοποιήθηκε σύντομη ιστορική αναδρομή στο θέμα. Ύστερα διερευνήθηκαν τα εμπόδια στην πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, η διαπολιτισμική φροντίδα υγείας και η διαπολιτισμική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Τέλος, έγινε εκτενής ανάλυση του προγράμματος *philos* και παρουσιάστηκαν τα αποτελέσματα ερευνών από την Ελλάδα, αλλά και από τον διεθνή χώρο για στάσεις, αντιλήψεις και απόψεις εργαζομένων στο χώρο της υγείας. Τελικά, παρουσιάστηκαν καλές πρακτικές για τη φροντίδα ατόμων με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα.

Στο δεύτερο μέρος της διπλωματικής περιγράφεται αναλυτικά η μεθοδολογική προσέγγιση του θέματος (στάδια της έρευνας, σχεδιασμός και δομή του ερωτηματολογίου, μέθοδος που ακολουθήθηκε). Στη συνέχεια πραγματοποιείται Περιγραφική και Επαγωγική Ανάλυση των δεδομένων της έρευνας με το στατιστικό πακέτο SPSS. Δίνεται το προφίλ των εργαζομένων του δείγματος μέσω περιγραφικών μέτρων και διαγραμμάτων και αναλύονται τα δεδομένα και εξάγονται συμπεράσματα.

Στο τέλος γίνεται συνοπτική παρουσίαση των συμπερασμάτων, παρουσιάζονται περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.

## **A' ΜΕΡΟΣ**



## ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### **1.1.ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ ΤΩΝ ΟΡΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ-ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟ**

Μετανάστευση είναι η μετεγκατάσταση ενός ατόμου ή κοινωνικού συνόλου από ένα μέρος σε άλλο στο πλαίσιο της σύγχρονης βιομηχανικής εποχής για εξεύρεση εργασίας, συνήθως. (Τσαούσης 1986; Τσαούσης 1999)

Σύμφωνα με το ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ η μετανάστευση σαν μια αδιάκοπη μετεγκατάσταση ατόμων από μια περιοχή σε άλλη είναι μία από τις τρεις βασικές δημογραφικές διαδικασίες που επιφέρει την ανανέωση και φθορά ενός πληθυσμού. (ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ 2006;2008)

Βέβαια με περισσότερο από 70 εκατομμύρια εκτοπισμένους σε όλο τον κόσμο, συναντάμε συχνά και τους δύο όρους του μετανάστη και του πρόσφυγα σε μέσα ενημέρωσης και σε δημόσιες συζητήσεις. Εδώ πρέπει να γίνει διαχωρισμός των εννοιών γιατί οι δύο όροι έχουν διακριτά και διαφορετικά νοήματα. Οι **πρόσφυγες** είναι άτομα τα οποία προσπαθούν να ξεφύγουν από ένοπλες συγκρούσεις ή διώξεις. Σε όλο τον κόσμο υπήρχαν 25,9 εκατομμύρια πρόσφυγες στα τέλη του 2018. Είναι τόσο δύσκολη και επικίνδυνη για την ασφάλεια τους η κατάσταση στην οποία βρίσκονται, που συχνά αναγκάζονται να διασχίσουν τα σύνορα της χώρας τους για να αναζητήσουν ασφάλεια σε γειτονικές χώρες. Αυτά τα άτομα αναγνωρίζονται σαν «πρόσφυγες» μπαίνουν σε καθεστώς ειδικής προστασίας και έχουν πρόσβαση στην παροχή βοήθειας από τα κράτη, την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες και άλλους οργανισμούς. Επειδή είναι πολύ επικίνδυνο να επιστρέψουν στην πατρίδα τους και πρέπει να βρουν καταφύγιο σε άλλο μέρος (ή και χώρα) αναγνωρίζονται σαν πρόσφυγες ( Edwards 2016)

Σύμφωνα με το άρθρο 1 παράγραφο 2 (Α) της Σύμβασης της Γενεύης, και την τροποποίηση της με το άρθρο 12 του Πρωτοκόλλου της Ν. Υόρκης, πρόσφυγες είναι οι αλλοδαποί που βρίσκονται μακριά από τη χώρα της οποίας είναι υπήκοοι εξαιτίας υπαρκτού φόβου ότι θα διωχθούν, εξαιτίας της θρησκείας, των πολιτικών τους πεποιθήσεων, της φυλής τους, της εθνικότητας τους, κοινωνικής τάξης τους, και οι οποίοι για το λόγο αυτό δεν μπορούν ή δεν θέλουν να ζήσουν στη χώρα από την οποία προέρχονται. Το ίδιο ισχύει για όσους βρίσκονται για παρόμοιους λόγους μακριά από την χώρα της μόνιμης διαμονής τους. Την προσφυγική ιδιότητα, επίσης,

μπορεί να ζητήσει ο πολίτης τρίτης χώρας, λόγω γεγονότων που έγιναν στη χώρα του μετά την αναχώρηση του από αυτή. (Καρύδης 1996)

Οι μετανάστες αναζητώντας καλύτερες εργασιακές συνθήκες (οικονομικοί μετανάστες) ή σε κάποιες περιπτώσεις, για να ενωθούν με μέλη οικογένειάς τους που βρίσκονται ήδη στο εξωτερικό (επανένωση οικογενειών), όπως επίσης για εκπαιδευτικούς ή άλλους λόγους, αλλά κυρίως για να βελτιώσουν τη ζωή τους, επιλέγουν να αλλάξουν τόπο διαβίωσης, όχι εξαιτίας κάποιας άμεσης απειλής δίωξης ή θανάτου. Η κινητήριος δύναμη της μετανάστευσης είναι η ανισότητα που δημιουργείται στον κόσμο σε επίπεδο ανθρώπινης ανάπτυξης. Οι μετανάστες δεν αντιμετωπίζουν κανένα εμπόδιο στην επιστροφή τους, σε αντίθεση με τους πρόσφυγες που δεν μπορούν να επιστρέψουν στη χώρα καταγωγής τους με ασφάλεια. Αν και όταν αποφασίσουν να επιστρέψουν, εξακολουθούν να απολαμβάνουν την προστασία της κυβέρνησής τους. (Edwards 2016, Καρύδης 1996)

## **1.2.ΘΕΩΡΙΕΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ**

Το ζήτημα της μετανάστευσης έχει γίνει αντικείμενο εξέτασης από πολλούς και διαφορετικούς κλάδους της επιστήμης. Υπάρχουν διαφορετικές θεωρητικές ταξινομήσεις ανάλογα με διάφορα κριτήρια που έχουν τεθεί. Έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρίες για τη μετανάστευση, όπου η κάθε μία εξετάζει με διαφορετικό τρόπο τα διάφορα δεδομένα του φαινομένου (Brettell and Hollifield 2000).

### **1.2.1. Νεοκλασική θεωρία**

Η θεωρία αυτή βασίστηκε στην κλασική οικονομική θεωρία, αλλά και στις απόψεις του γεωγράφου Ravenstein. Ο Ravenstein γεωγράφος του 19ου αιώνα σε δύο εργασίες του για την μετανάστευση, με τίτλο «The Laws of Migration» προσπάθησε να καταδείξει σαν κανόνες, τους μηχανισμούς εσωτερικής και εξωτερικής μετανάστευσης.

Σύμφωνα με την κλασική οικονομική θεωρία, ο άνθρωπος σαν λογικό όν, μέσα από την απρόσκοπτη λειτουργία της αγοράς και από το νόμο της προσφοράς και της ζήτησης, προσπαθεί για την οικονομική του ευημερία. Αυτή η προσέγγιση θεωρεί τη μετανάστευση σαν μια επιλογή του ατόμου, που εδράζεται στην σύγκριση του οφέλους και της ζημιάς από την παραμονή στην χώρα προέλευσης ή τη μετακίνηση

σε άλλη χώρα. Βασίζεται στην παραδοχή ότι με βάση το νόμο προσφοράς και ζήτησης οι άνθρωποι μετακινούνται σε χώρες με μεγάλη ζήτηση εργασίας για λόγους ευημερίας.

Οι θεωρίες που βασίζονται στη νεοκλασική θεωρία ονομάζονται θεωρίες «έλξης-απόθησης» (push-pull theories). Αναλύουν τους παράγοντες έλξης των μεταναστών προς άλλες χώρες, όπως και τους παράγοντες (συνθήκες) που σπρώχνουν τους μετανάστες να εγκαταλείψουν τη δική τους χώρα. (Μουσούρου 1991)

Η κριτική που ασκείται στη θεωρία αυτή είναι ότι είναι απλοϊκή και δεν δίνει εξήγηση για τις πραγματικές μετακινήσεις μεταναστών, ότι το μεταναστευτικό είναι συλλογικό φαινόμενο και όχι ατομικό όπως δέχεται αυτή η θεωρία, και δεν μπορεί να εξηγήσει γιατί συγκεκριμένοι μετανάστες διαλέγουν ορισμένη χώρα και όχι άλλη και ότι το μοντέλο της προσφοράς και της ζήτησης δεν ισχύει. (Μουσούρου 1991).

### **1.2.2. Ιστορική – Δομική θεωρία (Historical – Structural Approach)**

Τη δεκαετία του 1970 αναπτύχθηκε αυτή η θεωρία στην προσπάθεια να εξηγηθεί η μετανάστευση. Αυτή η θεωρία βασίζεται στον άνισο τρόπο κατανομής της οικονομικής και πολιτικής εξουσίας στην παγκόσμια οικονομία (Μαρξιστική πολιτική οικονομία). Θεωρεί τη μετανάστευση σαν αποτέλεσμα της στρατολόγησης της εργασίας από το κεφάλαιο, προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες του, είτε πρόκειται για βιομηχανίες είτε αγροτικές επιχειρήσεις ή επιχειρήσεις υπηρεσιών. Η κριτική που ασκείται στη συγκεκριμένη θεωρία είναι ότι η θεωρία για το κεφάλαιο δεν εξηγεί το μεταναστευτικό σε όλο το εύρος του και δεν δίνει σημασία στα κίνητρα των ατόμων που μεταναστεύουν (Castles and Miller 2014).

### **1.2.3. Θεωρία Συστημάτων Μετανάστευσης (Migration Systems Theory)**

Οι θεωρίες των μεταναστευτικών συστημάτων επικεντρώνονται στις διεθνείς σχέσεις, στην πολιτική οικονομία, στη συλλογική δράση και σε δομικούς παράγοντες. (Τσαούσης 1999)

Σύμφωνα με τον Castles ένα μεταναστευτικό σύστημα υλοποιείται από χώρες που στέλνουν η μία στη άλλη μετανάστες. Αυτή η θεωρία προσπαθεί να αναλύσει το μεταναστευτικό σαν αποτέλεσμα παραγόντων και δομών δύο επιπέδων, του μακρο-επιπέδου (όπως η πολιτική οικονομία της παγκόσμιας οικονομίας και αγοράς, οι σχέσεις κρατών και οργανισμών σε υπερεθνικό επίπεδο, οι μεταναστευτικές πολιτικές

και πρακτικές) και του μικρο-επιπέδου (δίκτυα μεταναστών, τις πρακτικές, τις πεποιθήσεις των ίδιων των μεταναστών). (Τσαούσης 1986, Castles and Miller 2014).

Οι τρεις αυτές θεωρίες παρά τις ανεπάρκειές τους προσπάθησαν να προσεγγίσουν το φαινόμενο της μετανάστευσης σε όλο το φάσμα του. Υπάρχουν και θεωρίες που εστιάζουν σε κάποιες μόνο όψεις του μεταναστευτικού φαινομένου. Παρακάτω βλέπουμε άλλες ταξινομήσεις των θεωριών της μετανάστευσης.

### **1.3. ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ**

#### **1.3.1 Οικονομικές θεωρίες**

Θεωρούν ότι η διαφορά επιπέδου διαβίωσης και ευκαιριών δημιουργεί την μετανάστευση. Παρά όλα αυτά έχουν μεγάλες διαφορές

- 1. Νεοκλασσική** (νόμοι προσφοράς και ζήτησης)
- 2. Θεωρία της οικονομικής ανάπτυξης** (η διαφορά μισθών ενισχύει τις μεταναστευτικές ροές)
- 3. Θεωρία του κόστους - οφέλους** (υπολογίζει το κόστος και το όφελος της μετανάστευσης)
- 4. Θεωρία του ανθρώπινου κεφαλαίου** (η μετανάστευση λαμβάνει χώρα όταν το όφελος υπερβαίνει το κόστος της μετακίνησης)
- 5. Θεωρία των νέων οικονομιών της μετανάστευσης** (Αποτελεί λύση των οικονομικών προβλημάτων)
- 6. Θεωρία των διττών αγορών εργασίας ή της κατάτμησης (δυσισμού) της αγοράς εργασίας** (Στις πιο ανεπτυγμένες χώρες υπάρχει ανάγκη και ανειδίκευτων αλλά και εξειδικευμένων εργατών). (Borjas 1990, Massey et al 1993, Stark and Bloom 1985, Portes and Walton 1981)

#### **1.3.2. Κοινωνιολογικές θεωρίες**

- 1. Θεωρία της προσέλκυσης (έλξης)–απόθησης** (Μελετά τους παράγοντες που έλκουν τους μετανάστες στη χώρα υποδοχής και συγχρόνως τους απωθητικούς παράγοντες στη χώρα καταγωγής).
- 2. Θεωρία του δικτύου ή του κοινωνικού κεφαλαίου** (Οι πρώτοι μετανάστες που είναι στη χώρα δίνουν πληροφορίες για τις ευκαιρίες για την αγορά εργασίας για τους κινδύνους που μπορεί να αντιμετωπίσουν οι επόμενοι υποψήφιοι

μετανάστες και έτσι διευκολύνουν την είσοδο και την εγκατάσταση των νέων μεταναστών). (Borjas 1990, Stark and Bloom 1985)

### **1.3.3 Φεμινιστική προσέγγιση**

Δίνει έμφαση στις γυναίκες ως μετανάστριες και ως εργαζόμενες και στις επιπτώσεις της μετανάστευσης στο ρόλο και τη θέση της γυναίκας.

### **1.3.4. Αριστερές κοινωνικοοικονομικές προσεγγίσεις**

#### **1. Η θεώρηση της συσσώρευσης Κεφαλαίου του Μαρξ και ο νόμος για την ανισόρροπη ανάπτυξη του Λένιν**

Θεωρεί ότι η μετανάστευση είναι υποπροϊόν του παγκόσμιου καπιταλισμού.

### **1.3.5. Διεθνική οπτική της μετανάστευσης**

#### **1. Θεωρία των παγκόσμιων συστημάτων** (Η μετανάστευση είναι αποτέλεσμα των ξεριζωμών και διασπάσεων που γίνονται κατά τη διάρκεια της καπιταλιστικής ανάπτυξης. Η μετανάστευση εξαρτάται από το επίπεδο των επενδύσεων των επιχειρήσεων σε ξένες χώρες και από τη ροή αγαθών και υπηρεσιών). (Καρακώστα 2016, Massey et al 1993)

Μία άλλη ταξινόμηση με βάση τις θεωρίες που προσπαθούν να εξηγήσουν την έναρξη της μετανάστευσης και τις θεωρίες που ερμηνεύουν τη διατήρηση του μεταναστευτικού και τα αίτια του είναι:

### **1.3.6. Θεωρίες Έναρξης:**

- 1. Θεωρία της έλξης- Απώθησης** (Αναλύει τους παράγοντες που έλκουν σε μία χώρα και συγχρόνως τους παράγοντες που απωθούν τους μετανάστες από χώρα) (Castles and Miller 2014).
- 2. Νεοκλασική θεωρία** (Νόμοι προσφοράς και ζήτησης)
- 3. Θεωρία Συμπεριφοριστικών μοντέλων** (Η μετανάστευση είναι θέμα συμπεριφοράς)
- 4. Θεωρία των κοινωνικών συστημάτων** (προσεγγίζει τη μετανάστευση ως αυτόνομο κοινωνικό φαινόμενο)

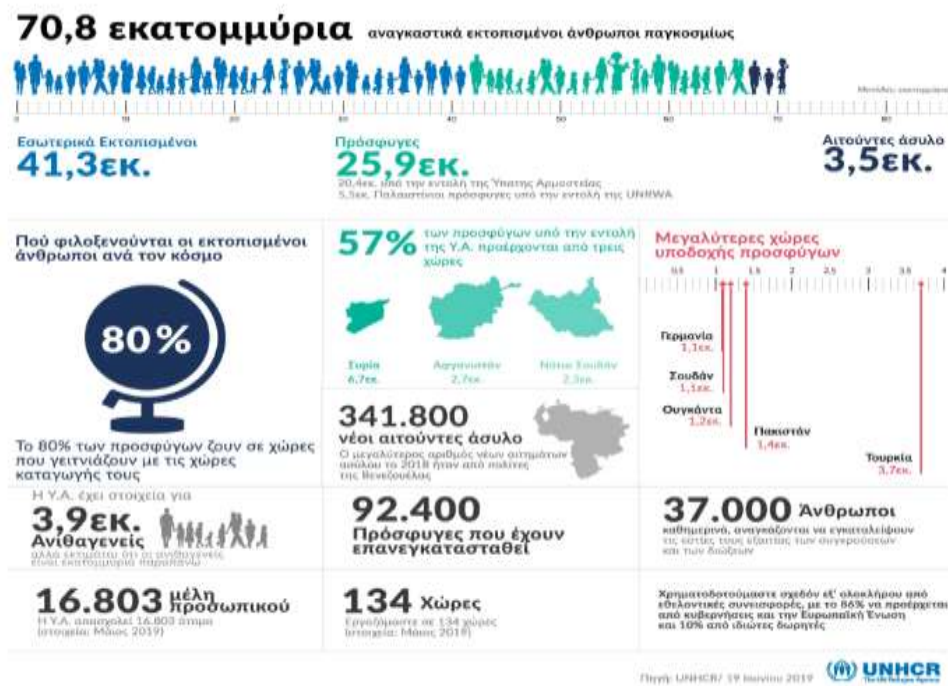
5. **Θεωρία των νέων οικονομικών της μετανάστευσης** (η μετανάστευση είναι η λύση για άνοδο του κοινωνικού επιπέδου και αποφυγή της κακής οικονομικής κατάστασης)
6. **Θεωρία των μεταναστευτικών συστημάτων** (Το φαινόμενο της μετανάστευσης δεν αναπτύσσεται τυχαία, αλλά προϋποθέτει προηγούμενες διεθνείς, οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές σχέσεις)
7. **Θεωρία της δυαδικής εργασίας** (στις αναπτυγμένες χώρες υπάρχει ζήτηση και για φτηνή ανειδίκευτη εργασία και για εξειδικευμένη, υψηλών προσόντων εργασία)
8. **Νεοκλασική μακρο-μεταναστευτική θεωρία** (θεωρεί τη μετανάστευση συνάρτηση της παγκοσμιοποίησης, της αυξανόμενης αλληλεξάρτησης των οικονομιών και της ανάδυσης νέων μορφών παραγωγής)
9. **Θεωρία παγκοσμίων συστημάτων ή εξάρτησης** (Η μεταναστευτική εργασία γίνεται αντικείμενο εκμετάλλευσης από το κεφάλαιο και από τις αναπτυγμένες καπιταλιστικά χώρες που κυριαρχούν στην παγκόσμια οικονομία). (Borjas 1990, Massey et al 1993, Stark and Bloom 1985)

### 1. 3.7. Θεωρίες Διατήρησης:

1. **Μεταναστευτικά συστήματα** (Το φαινόμενο της μετανάστευσης προϋποθέτει προηγούμενες διεθνείς, οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές σχέσεις. Ως σύστημα, επιδρά στις χώρες προέλευσης και στις χώρες υποδοχής)
2. **Θεωρία παγκοσμίων συστημάτων** (Οι μετανάστες αποτελούν φτηνό εργατικό δυναμικό, ένα παγκόσμιο απόθεμα φτηνής εργατικής δύναμης)
3. **Συσσωρευτικής αιτιότητας** (όπου αναπτύσσονται δομές προκαλούν νέα μετανάστευση)
4. **Θεσμική θεωρία** (αλληλεπίδραση ανάμεσα στους θεσμούς και φορείς που γίνονται στη χώρα υποδοχής για την ανάγκη της μετανάστευσης)
10. **Θεωρία κοινωνικού κεφαλαίου ή δικτύων** (τα δίκτυα που δημιουργούνται από μετανάστες, παράγουν αυξημένες ροές και προσδίδουν κύρος στους μετανάστες). (Borjas 1990, Massey et al 1993, Καρακώστα 2016, Castles and Miller 2014)

## 1.4. ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟ

Σύμφωνα με την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ, το 2018, ο αριθμός των ανθρώπων που προσπαθούν να γλυτώσουν από τον πόλεμο, τις συγκρούσεις και τις διώξεις είναι παραπάνω από 70 εκατομμύρια (Εικόνα 2). Είναι ο μεγαλύτερος αριθμός που έχει ποτέ συναντήσει στα 70 χρόνια που λειτουργεί η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες. Με βάση τα στοιχεία που υπάρχουν στην ετήσια έκθεση της Ύπατης Αρμοστείας με τίτλο «Παγκόσμιες Τάσεις» (Global Trends), υπολογίζεται ότι περίπου 70,8 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο έχουν εγκαταλείψει τις εστίες τους χωρίς τη θέληση τους. Ένας αριθμός ξεριζωμένων διπλάσιος σε σχέση με το τί ίσχυε 20 χρόνια νωρίτερα. Μόνο την προηγούμενη χρονιά έχουν προστεθεί ακόμα 2,3 εκατομμύρια άτομα. Αυτός ο αριθμός είναι μεγαλύτερος από τον πληθυσμό της Ταϊλάνδης.



Εικόνα 2. Πρόσφυγες και μετανάστες παγκοσμίως

Ο Ύπατος Αρμοστής του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες, Filippo Grandi, δήλωσε σχετικά ότι οι μεγάλοι αριθμοί των προσφύγων φανερώνουν μια ανοδική τάση του αριθμού των ανθρώπων που χρειάζονται προστασία εξαιτίας των διώξεων, του

πολέμου και των συγκρούσεων. Παρά το ότι συχνά ακούγονται διχαστικά σχόλια για πρόσφυγες και τους μετανάστες, υπάρχει ένα κύμα αλληλεγγύης, στις κοινότητες που υπάρχει ήδη μεγάλος αριθμός προσφύγων. Δημιουργούνται ήδη νέοι φορείς ανάπτυξης, ακόμα και ιδιωτικοί.

Η έκθεση αυτή (Παγκόσμιες Τάσεις) αναφέρει ότι υπάρχουν 70,8 εκατ. εκτοπισμένοι. Σε αυτούς βλέπουμε τρεις βασικές ομάδες ατόμων. Η πρώτη είναι οι **πρόσφυγες**, δηλαδή άνθρωποι που αναγκάζονται να εγκαταλείψουν τον τόπο τους εξαιτίας των διώξεων, πολέμου ή διάφορων συγκρούσεων. Το 2018, ο αριθμός των προσφύγων και μεταναστών αυξήθηκε κατά 500.000 σε σχέση με το 2017, και έφτασε τα 25,9 εκατομμύρια παγκοσμίως.

Η δεύτερη ομάδα είναι οι **αιτούντες άσυλο** – άνθρωποι που αναμένουν απάντηση στην αίτηση για τη χορήγηση ασύλου οι οποίοι δικαιούνται και έχουν διεθνή προστασία, αλλά βρίσκονται εκτός της χώρας καταγωγής τους. Στο τέλος του 2018, σε όλο τον κόσμο υπήρχαν 3,5 εκατ. αιτούντες άσυλο.

Η τρίτη και πολυπληθέστερη ομάδα είναι γνωστή ως **εσωτερικά εκτοπισμένοι** και υπολογίζεται στα 41,3 εκατ., είναι άνθρωποι που έχουν εγκατασταθεί σε άλλες περιοχές της χώρας καταγωγής τους για διάφορους λόγους. Συμπερασματικά οι τάσεις της μετανάστευσης παγκοσμίως κατηγοριοποιούνται σε 5 δεδομένα.

- **Παγκοσμιοποίηση της μετανάστευσης.** Όλο και περισσότερες χώρες επηρεάζονται, ταυτόχρονα, από το φαινόμενο της μετανάστευσης, οι χώρες προέλευσης πολλαπλασιάζονται, οι χώρες υποδοχής δέχονται όλο και πιο διαφοροποιημένους και αυξημένους πληθυσμούς.
- **Επιτάχυνση της μετανάστευσης.** Οι διεθνείς μετακινήσεις πληθυσμών αυξάνονται σε όγκο σε όλες τις περιοχές του κόσμου.
- **Διαφοροποίηση της μετανάστευσης.** Στις περισσότερες χώρες υπάρχουν ταυτόχρονα πολλοί τύποι μετανάστευσης: οικονομική, προσφυγική, μόνιμη εγκατάσταση, τοπική, υπερπόντια, κ. α.
- **Θηλυκοποίηση της μετανάστευσης.** Οι γυναίκες παίζουν σημαντικό ρόλο στη μετανάστευση, σε όλες τις περιοχές του κόσμου.
- **Πολιτικοποίηση της μετανάστευσης.** Η μετανάστευση πολιτικοποιείται τόσο σε επίπεδο εθνών-κρατών και διεθνών σχέσεων, αλλά και από τους ίδιους τους μετανάστες (Castles and Miller 2014).



## 1.5. ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΑ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ

Σύμφωνα με την υπηρεσία Μετανάστευσης και Ασύλου της χώρας μας τα κύρια αίτια της μετανάστευσης είναι, η αναζήτηση καλύτερων συνθηκών διαβίωσης και οικονομικής κατάστασης, η φυγή από συνθήκες που απειλούν τη ζωή και την ασφάλεια των ατόμων (εμπόλεμες ζώνες, αυταρχικά καθεστώτα) και η επανένωση οικογενειών. Η μετανάστευση είναι μια δυναμική διαδικασία, πολυσύνθετη, οι μορφές της οποίας διαφοροποιούνται και αλλάζουν ανάλογα με τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές αλλαγές που συντελούνται παγκοσμίως.

Σύμφωνα με την Υπηρεσία Μετανάστευσης και Ασύλου της χώρας, το μεταναστευτικό διακρίνεται σε διάφορες μορφές με βάση συγκεκριμένα κριτήρια. Με βάση το χρόνο που γίνεται διακρίνεται σε **παραδοσιακή, σύγχρονη ή νεωτερική**. **Παραδοσιακή** είναι η μετανάστευση που προηγήθηκε των δύο παγκόσμιων πολέμων και ήταν υπερπόντια, **σύγχρονη** είναι η μεταβολή τόπου κατοικίας για οικονομικούς λόγους στη βιομηχανική εποχή, ενώ η **νεωτερική** συνδέεται με την εκβιομηχάνιση και με οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη. **Εκούσια** ή **ακούσια** μετανάστευση, εξαρτάται από το αν η μετακίνηση είναι εθελοντική ή όχι, **προσωρινή** ή **μόνιμη**, ανάλογα με τη διάρκεια παραμονής στο νέο τόπο εγκατάστασης, **εσωτερική** ή **εξωτερική (διεθνική)** ανάλογα με τη μετακίνηση στο ίδιο κράτος ή σε άλλο, **ατομική** ή **ομαδική** ανάλογα με τον αριθμό των συμμετεχόντων, **νόμιμη** ή **παράνομη** ανάλογα με τη νόμιμη καταγραφή ή όχι από τις αρχές της χώρας υποδοχής. Επίσης έχουμε τη μετανάστευση για λόγους **εκπαίδευσης, παλιννόστηση** ή επιστροφή στη χώρα προέλευσης, τη μετανάστευση **υψηλής εξειδίκευσης** εργαζομένων, τη μετανάστευση για **περιβαλλοντικούς λόγους** (ερημοποίηση, ανομβρία, μόλυνση), τη μετανάστευση για **κοινωνικούς λόγους (επανένωση οικογενειών)**, την **εποχική** ή **περιοδική** ή **κυκλική** μετανάστευση για **εμπορικούς λόγους**. (Mikes 2015)

Σύμφωνα με τους Castles & Miller, στο *The Age of Migration*, του 1998, η μετανάστευση διακρίνεται από τέσσερα στάδια:

1. Περιστασιακή εργασιακή μετανάστευση κυρίως νέων εργατών που προσανατολίζονται σταθερά στην επιστροφή τους στη χώρα προέλευσης.
2. Επιμήκυνση της παραμονής και ανάπτυξη κοινωνικών δικτύων με σκοπό την αλληλοβοήθεια και αλληλεξάρτηση των μεταναστών στο νέο περιβάλλον.

3. Δημιουργία οικογένειας, αυξημένος προσανατολισμός προς τη χώρα υποδοχής, εμφάνιση εθνοτικών κοινοτήτων με δικούς τους θεσμούς.
4. Μόνιμη εγκατάσταση στη χώρα υποδοχής η οποία μπορεί να οδηγήσει είτε στην ένταξη, αφομοίωση μέσα από τη νόμιμη παραμονή και απόκτηση ιθαγένειας της χώρας υποδοχής, είτε στον αποκλεισμό, στην κοινωνικό – οικονομική περιθωριοποίηση και στη διαμόρφωση εθνικών μειονοτήτων.

(Castles and Miller 2014, INE 2006).

## 1.6. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το σύστημα υγείας της χώρας είναι ένα μεικτό σύστημα, το οποίο βασίζεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), στα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης, στην ιδιωτική ασφάλιση και τον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) της χώρας ιδρύθηκε το 1983 στο πλαίσιο μεταρρύθμισης και αναβάθμισης της δημόσιας υγείας και της λειτουργικής ενοποίησης των δημόσιων υποδομών περίθαλψης. Βασίζεται στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Σκοπός του είναι η ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική κάλυψη των αναγκών του Ελληνικού πληθυσμού και όλων όσων διαμένουν στη χώρα μέσω της παροχής δωρεάν υπηρεσιών. Σύμφωνα με την έρευνα του Γεωργακόπουλου (2020), μια έρευνα που ανατέθηκε από την Διανέοσις σε επτά ακαδημαϊκούς γνώστες του ΕΣΥ, οι στόχοι του ΕΣΥ είναι:

- α) Ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας.
- β) Ανάπτυξη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, και
- γ) Βελτίωση των υπηρεσιών υγείας (Γεωργακόπουλος 2020, Χλέτσος 2016).

Η χρηματοδότηση του ΕΣΥ γίνεται από τη γενική φορολογία, από την κοινωνική ασφάλιση (εργαζόμενοι, εργοδότες και περιουσία ταμείων) και από ιδιωτικές δαπάνες. Οι ιδιωτικές δαπάνες είναι κατά 90% από τους χρήστες και κατά 10% από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, ακριβώς το αντίθετο από ότι ισχύει στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι δαπάνες των ιδιωτών αφορούν το ποσοστό συμμετοχής του ασθενή, ανάλογα με τον τύπο κοινωνικής ασφάλισής του, για την κάλυψη της δαπάνης υπηρεσιών που του προσφέρονται από το ΕΣΥ. Για υπηρεσίες του ΕΣΥ και για την αγορά φαρμάκων ο ασθενής πολλές φορές χρειάζεται να καλύψει ένα τμήμα της δαπάνης. Οι ανασφάλιστοι υποχρεούνται να καλύψουν το συνολικό κόστος, και σε περίπτωση νοσηλείας να προκαταβάλουν μέρος της

δαπάνης, αλλά και την κάλυψη της δαπάνης ιδιωτικών ιατρείων, διαγνωστικών κέντρων και νοσοκομείων και τις αμοιβές εκτός του συστήματος. (Κοτσιώνη 2009)

Βασική μεταρρύθμιση του νόμου 1397/83 ήταν η δημιουργία Κέντρων Υγείας, περιφερειακών και νομαρχιακών Νοσοκομείων στη χώρα μας. (Γεωργακόπουλος 2020, Χλέτσος 2016)

Η παροχή υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται από:

- **Κέντρα Υγείας:** Μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με σκοπό την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση (Εδώ υπάγονται τα περιφερειακά ιατρεία)
- **Νοσοκομεία:** δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, με σκοπό την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη.
- **Συμβεβλημένο ιδιωτικό τομέα** (γιατρούς ειδικοτήτων, κλινικές, διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια).

Η παροχή υπηρεσιών υγείας σε ασφαλισμένους στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης γίνεται από τους κλάδους υγείας των ταμείων τους ή τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

Συνοπτικά τα πλεονεκτήματα από την λειτουργία του ΕΣΥ είναι:

- I. Ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας.
- II. Καθολική κάλυψη πληθυσμού (Όλων των διαμενόντων στη χώρα)
- III. Βελτίωση των υπηρεσιών υγείας
- IV. Αποκέντρωση των παρεχόμενων υπηρεσιών
- V. Ανάπτυξη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- VI. Περιορισμένη συμμετοχή των πολιτών στο κόστος
- VII. Ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας

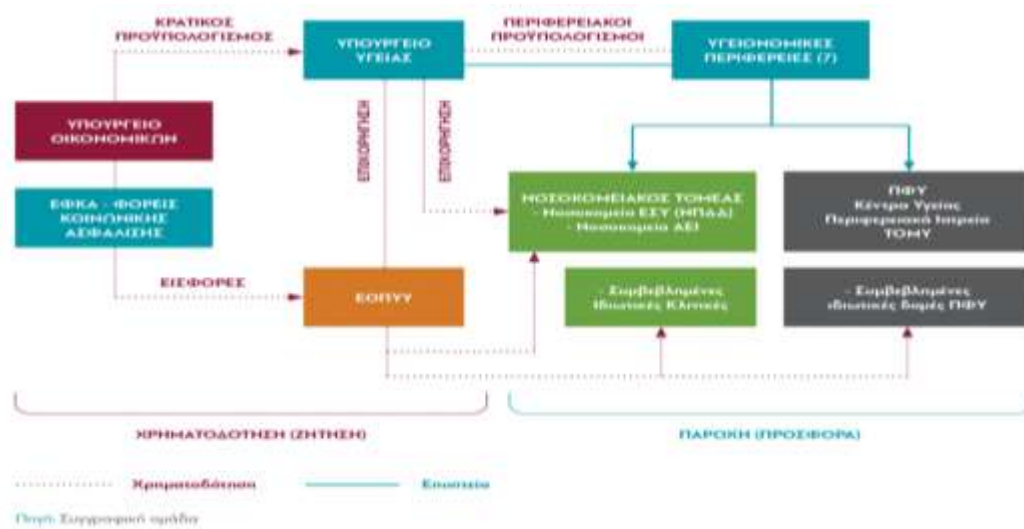
(Γεωργακόπουλος 2020, Χλέτσος 2016, Έλληνας 2005)

Αντίστοιχα τα μειονεκτήματα που διαπιστώθηκαν κατά τη λειτουργία του είναι:

- i. Γραφειοκρατία
- ii. Άνιση κατανομή στην επικράτεια
- iii. Ανοργάνωτη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
- iv. Παλαιότητα του εξοπλισμού
- v. Μικρή χρήση νέων τεχνολογιών
- vi. Προβλήματα οργάνωσης, διοίκησης μάλιστα
- vii. Απουσία ελέγχου ποιότητας και αξιολόγησης
- viii. Μεγάλη ηλικία εργαζομένων και εργασιακή κόπωση

- ix. Μεγάλες λίστες αναμονής για χειρουργεία και εξειδικευμένες εξετάσεις
- x. Παραοικονομία

(Γεωργακόπουλος 2020, Χλέτσος 2016, Έλληνας 2005)



**Εικόνα 3.** Η δομή του ΕΣΥ , από την έρευνα του 2020 του οργανισμού της ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ: Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Τα τελευταία χρόνια λόγω μνημονιακών υποχρεώσεων έγιναν αρκετά βήματα προς τη σωστή κατεύθυνση, τα οποία έπρεπε να είχαν γίνει εδώ και δεκαετίες, όπως η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ και η ένταξη των πρωτοβάθμιων μονάδων υγείας του ΙΚΑ στο ΕΣΥ. Απαραίτητες είναι πολλές παρεμβάσεις ακόμη γιατί το σύστημα παρουσιάζει μεγάλες δυσλειτουργίες με σοβαρές συνέπειες στη δημόσια υγεία. (Γεωργακόπουλος 2020, Χλέτσος 2016)

## 1.7. ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, ΠΑΡΟΧΕΣ ΤΟΥ ΕΣΥ ΣΕ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ, ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ, ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η πρόσβαση των προσφύγων και μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας και η χρήση τους αποτελεί ένα παγκόσμιο ζήτημα και είναι απαραίτητο να υπάρξει περιορισμός των διακρίσεων και των ανισοτήτων. Η πρόσβαση των μεταναστών

εξάλλου στις υπηρεσίες υγείας θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για την κοινωνική τους ενσωμάτωση στη χώρα υποδοχής. (Γαλάνης και συν. 2020)

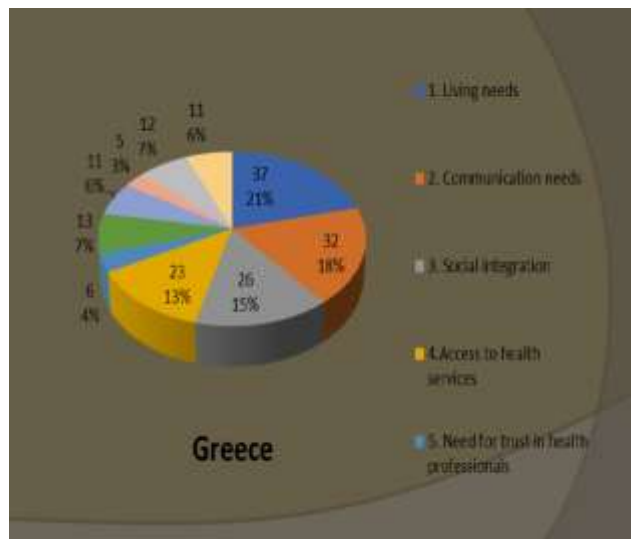
Το Σεπτέμβριο του 2007, πραγματοποιήθηκε στη Λισαβόνα το συνέδριο «Υγεία και μετανάστευση στην ΕΕ: καλύτερη υγεία για όλους σε μια κοινωνία χωρίς αποκλεισμούς». Το συνέδριο έδωσε μερικά πολύ ενδιαφέροντα συμπεράσματα και τελικές συστάσεις. Εκεί αποφασίστηκε ότι:

- 1 Οι μετανάστες αντιπροσωπεύουν πόρο για την Ευρωπαϊκή Ένωση και οι ευρωπαϊκές μεταναστευτικές πολιτικές πρέπει να επαναπροσδιοριστούν.
- 2 Η καθολική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη πρέπει να θεωρηθεί ως προϋπόθεση για την ευρωπαϊκή δημόσια υγεία και αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο για την κοινωνική, οικονομική και πολιτική ανάπτυξή της και για την προώθηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.
- 3 Η προστασία της υγείας των μεταναστών δεν πρέπει να θεωρείται αποκλειστικά ως ανθρωπιστική αιτία, αλλά κυρίως όσον αφορά την ανάγκη να επιτευχθεί το υψηλότερο επίπεδο υγείας και ευεξίας για όλους στην Ευρώπη.

Επίσης, στην 8η Διάσκεψη των Υπουργών Υγείας των 47 χωρών του Συμβουλίου της Ευρώπης στην Μπρατισλάβα το Νοέμβριο του 2007, με τίτλο «Άνθρωποι σε κίνηση: Ανθρώπινα δικαιώματα και προκλήσεις για συστήματα υγειονομικής περίθαλψης» εγκρίθηκε η «Διακήρυξη της Μπρατισλάβα για την υγεία, τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη μετανάστευση. Τον Μάρτιο του 2011 το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο ενέκρινε μια «Έκθεση για τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση», προτρέποντας τα κράτη μέλη να αντιμετωπίσουν τις ανισότητες στην πρόσβαση στην υγεία, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που αντιμετωπίζονται σαν παράτυποι, χωρίς έγγραφα, μετανάστες, ιδίως έγκυες γυναίκες και παιδιά.

Όσον αφορά τη χώρα μας σύμφωνα με την έρευνα της InterHealth (2016) οι πρόσφυγες και μετανάστες, αλλά και γενικά ομάδες ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό προφίλ, οι οποίοι ζουν στη χώρα μας, ιεραρχούν τις ανάγκες τους με την παρακάτω σειρά:

1. Ανάγκες διαβίωσης
2. Ανάγκες επικοινωνίας
3. Κοινωνική ενσωμάτωση
4. Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας
5. Ανάγκη για εμπιστοσύνη σε υπηρεσίες υγείας



Πηγή Interhealth.National-report-Greece

**Εικόνα 4.** Ιεράρχηση αναγκών προσφύγων και μεταναστών

Στο κεφάλαιο αυτό, το ενδιαφέρον μας θα εστιαστεί στην πρόσβαση των μεταναστών και προσφύγων στις υπηρεσίες υγείας, δεδομένου ότι εκτός από το εθνικό επιδημιολογικό προφίλ τους, εκτίθενται και σε πολλούς κινδύνους, σε στρεσογόνες καταστάσεις και ζούνε μέσα στο άγχος και την ανασφάλεια. Συγχρόνως έρχονται αντιμέτωποι με ρατσιστικά φαινόμενα και κοινωνικές διακρίσεις, βιώνουν κοινωνικό αποκλεισμό και περιθωριοποίηση, με αποτέλεσμα να οδηγούνται στην ανεργία και σε δύσκολες συνθήκες διαβίωσης, κάτω από το όριο της φτώχειας. Ακόμα και όσοι εργάζονται, λόγω της έλλειψης νομιμοποιητικών εγγράφων, αλλά και από το φόβο απέλασης, αναλαμβάνουν να εργαστούν σε επικίνδυνες εργασίες με κακές συνθήκες. Τα παραπάνω δημιουργούν πρόσθετα προβλήματα και οδηγούν σε αυξημένες ανάγκες υγείας, τις οποίες πρέπει να αντιμετωπίσει το σύστημα υγείας της χώρας υποδοχής. (Κοτσιώνη 2011, Αναστασόπουλος 2014)

Πρόσφατα ασκείται κριτική στη χρησιμοποίηση του όρου πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Αρκετοί ερευνητές θεωρούν ότι θα έπρεπε να χρησιμοποιείται ο όρος «Μονοπάτια υγειονομικής περίθαλψης» και όχι πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. (Haenssger, and Proochista, 2017)

Η πρόσβαση των μεταναστών και προσφύγων επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως η ασφαλιστική κάλυψη, το σύστημα των ραντεβού, το σύστημα των παραπομπών, οι λίστες και ο χρόνος αναμονής, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, το επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού στην παροχή διαπολιτισμικής

υγείας, το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών και οι προηγούμενες εμπειρίες τους, η γνώση των διαδικασιών του συστήματος, το πολιτισμικό υπόβαθρο του ασθενούς, οι αντιλήψεις του και το μεγάλο κόστος συμμετοχής σε υπηρεσίες και αγορά φαρμάκων. (Αναστασόπουλος 2014)

Το διάστημα που η χώρα μας έστελνε μετανάστες σε όλο τον κόσμο, στη χώρα μας ίσχυε ο νόμος Ν.4310/1929 σχετικά με την είσοδο και εγκατάσταση ξένων στη χώρα, μαζί με διμερείς συμβάσεις που έκανε η χώρα με άλλα κράτη για την εγκατάσταση Ελλήνων στο εξωτερικό, καθώς και ο νόμος 1846/1951, «Περί κοινωνικών ασφαλίσεων», στη συνέχεια οι πρόσφυγες σύμφωνα με το άρθρο 23 του ΝΔ 3989/1959 δικαιούνταν κάποια παροχή υγείας. και ν. 1469/1984 «Ασφάλιση ομογενών, τροποποίηση και συμπλήρωση διατάξεων της νομοθεσίας του ΙΚΑ και ρύθμιση διαφόρων ασφαλιστικών θεμάτων».

Στη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, μετά την πτώση του ανατολικού μπλοκ, ψηφίστηκε ο νόμος Ν.1975/1991, ο οποίος τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με το Ν.2452/1996 και το Ν.2713/1999, οι οποίοι προσπάθησαν να σταματήσουν την παράνομη μετανάστευση και να ορίσουν κανόνες για την είσοδο, διαμονή και εργασία των αλλοδαπών στη χώρα. Στη συνέχεια με διάφορα προεδρικά διατάγματα, όπως τα Π.Δ.358/1997 και 359/1997, τέθηκαν οι όροι για την καταγραφή και νομιμοποίηση των μεταναστών. (Κοτσιώνη 2011, Αναστασόπουλος 2014)

Τον Ιούλιο του 2000, με υπουργική εγκύκλιο, καθορίστηκαν τα δικαιώματα για την ιατρική περίθαλψη και νοσηλεία για αλλοδαπούς. Μόνο οι νόμιμοι μετανάστες είχαν πρόσβαση στο ΕΣΥ και μόνο όσοι είχαν βιβλιάριο υγείας από το ασφαλιστικό τους ταμείο. Ο νόμος 26910/2001 παρείχε ίσα δικαιώματα με τους Έλληνες, στους μετανάστες που διέμεναν νόμιμα στη χώρα, σε ότι αφορά την ασφάλεια και την κοινωνική προστασία. Οι περισσότεροι μετανάστες που εργάζονταν ασφαλιζόταν στο ΙΚΑ, καλύπτοντας και τα εξαρτημένα μέλη, με ιατρονοσηλευτική περίθαλψη, επιδόματα (ασθένειας, μητρότητας) και άλλα. Γνωρίζοντας τη μεγάλη έκταση της παράτυπης εργασίας, βλέπουμε ότι πολλοί νόμιμοι μετανάστες δεν είχαν ασφάλιση και δωρεάν πρόσβαση στο σύστημα υγείας. Επίσης, χρειαζόταν συχνά ανανέωση της άδειας παραμονής, όπου παρατηρούνταν πολύμηνες καθυστερήσεις, με αποτέλεσμα τον αποκλεισμό τους από αρκετές κοινωνικές παροχές και επιδόματα. (Κοτσιώνη 2011, Αναστασόπουλος 2014)

Στην προσπάθεια να δημιουργηθεί μια ρεαλιστική μεταναστευτική πολιτική θεσπίστηκε ο Ν.2910/2001, ο οποίος τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με τους

N.3013/2002 (άρθρα 19-25), το N.3068/2002 (άρθρα. 15) και με το N.3074/2002 (άρθρα 11), το N.3103/2003 (άρθρα.23), το N.3146/2003 (άρθρα. 8), το N. 3169/2003 (άρθρα 10) και το N.3242/2004 (άρθρα.25), το N.3202/2003 (άρθρα. 31-33) και N.3274/2004 (άρθρα 34), χωρίς να καταργεί τα παραπάνω προεδρικά διατάγματα. (Αναστασόπουλος 2014) Ο νόμος αυτός κινείται στο ίδιο πλαίσιο και ορίζει κανόνες για είσοδο και παραμονή αλλοδαπών για εργασία, σπουδές, οικογενειακή συνένωση, απελάσεις κλπ. Στη συνέχεια ψηφίσθηκε ο N.3386/2005. Με βάση το άρθρο 84 του N.3386/2005 στους μη νόμιμους μετανάστες, δεν επιτρεπόταν να προσφερθεί υπηρεσία από το δημόσιο ή τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (ΝΠΙΔΔ) με εξαίρεση τα νοσοκομεία στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), όταν επρόκειτο για ανήλικα παιδιά και αλλοδαπούς αποκλειστικά σε περιπτώσεις επείγοντος, μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους. Βέβαια, υπήρχε αβεβαιότητα και διχογνωμία αρκετές φορές, για το αν ένα περιστατικό ήταν επείγον ή όχι, και κενά όπως στα χρόνια νοσήματα.(Κοτσιώνη 2011)

Ακολούθησαν τροποποιήσεις του N.3386/2005 όπως οι N.3448/2006, N.3536/2007 (ΦΕΚ Α' 42), N.3613/2007 (ΦΕΚ Α' 263), N.3649/2008 (ΦΕΚ Α' 39), N.3731/2008 (ΦΕΚ Α' 263), N.3772/2009 (ΦΕΚ Α' 112), N.3801/2009 (ΦΕΚ Α' 163), N.3838/2010 (ΦΕΚ Α' 49), N.3846/2010 (ΦΕΚ Α'66) και N,3870/2010 (ΦΕΚ Α' 138) με τις οποίες λυνόταν θέματα παράτασης της άδειας παραμονής, πολιτογράφησης, ιδρύθηκε η Εθνική επιτροπή για την κοινωνική ένταξη των μεταναστών και άλλα. (Αναστασόπουλος 2014)

Με βάση το N.4368/2016 όλοι οι πολίτες, ανεξάρτητα από το νομικό καθεστώς στο οποίο υπαγόταν, την εθνικότητα τους ή την ύπαρξη νομιμοποιητικών εγγράφων, μπορούσαν να προσέρχονται στις πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας και στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των Νοσοκομείων και τους παρέχεται δωρεάν περίθαλψη (φαρμακευτική, νοσοκομειακή, οδοντιατρική, μαιευτική, ψυχολογική), διάφορες διαγνωστικές εξετάσεις, λογοθεραπείες, φυσικοθεραπείες, εργοθεραπείες, ψυχοθεραπείες, τεστ ΠΑΠ και μαστογραφίες, καθώς και οι κάτοχοι κάρτας υγειονομικής περίθαλψης αλλοδαπού. (Κοτσιώνη 2011) Αντίθετα, για τους μετανάστες, οι οποίοι δεν διαθέτουν τα νόμιμα έγγραφα παραμονής στην Ελλάδα, προβλέπεται η δωρεάν φροντίδα υγείας μόνο για επείγοντα περιστατικά, ενώ από το 2013 θεσμοθετήθηκε το δικαίωμα παροχής ιατρικής φροντίδας κατά την είσοδό τους στα Κέντρα Πρώτης Υποδοχής. (Τερζούδης Μπογιατζίδης και Κωσταγιόλας 2017)



Με το άρθρο 33 του Ν.4368/2016 για την υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, την Κοινή Υπουργική Απόφαση Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4.4.2016 και την εγκύκλιο Α3γ/Γ.Π.οικ.39364/31.05.2016 έγιναν ρυθμίσεις σχετικά με την πρόσβαση των ανασφάλιστων στο σύστημα υγείας, και δόθηκαν διευκρινίσεις σχετικά με την πρόσβαση, με την χρήση του ΑΜΚΑ ή και της κάρτας υγειονομικής περίθαλψης αλλοδαπών (ΚΥΠΑ). (Συνήγορος του πολίτη-Ανεξάρτητη Αρχή 2017)

Στη συνέχεια με το Φ. 80320/οικ.28107/1857/2019 οριζόταν οι κανόνες για την απόδοση ΑΜΚΑ (Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης) σε Έλληνες και σε ξένους υπηκόους. Στις 11/07/2019 με την Αρ. Πρ.: Φ.80320/οικ.31355/Δ18.2084 απόφαση του Υπουργού Εργασίας καταργήθηκε η προηγούμενη απόφαση για την χορήγηση του ΑΜΚΑ.

Τέλος, στις 31/01/2020 με την Κοινή Υπουργική Απόφαση 717/2020 - ΦΕΚ 199/Β/31-1-2020 για κάθε αιτούντα διεθνή προστασία εκδίδεται Προσωρινός Αριθμός Ασφάλισης και Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (Π.Α.Α.Υ.Π.Α.) ο οποίος ισχύει μέχρι την στιγμή που θα κριθεί η αίτηση του. Αν δικαιούται άσυλο ο ωφελούμενος, ο προσωρινός αριθμός ( ΠΑΑΥΠΑ) θα μετατραπεί σε ΑΜΚΑ, ενώ αν δεν δικαιούται άσυλο θα καταργηθεί. Αυτός ο αριθμός επιτρέπει πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στην κοινωνική ασφάλιση και στην αγορά εργασίας. Αυτή είναι και η τελευταία ρύθμιση που ισχύει μέχρι αυτή τη στιγμή.

## **1.8. ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Ένα μεγάλο ποσοστό των προσφύγων και μεταναστών αναζητούν ιατρική φροντίδα υγείας, αλλά και ψυχοκοινωνική στήριξη. (Kluge et al 2012) Με βάση τα στοιχεία διαφόρων ερευνών, τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο μεταναστευτικός πληθυσμός κατά την επαφή του με το σύστημα υγείας είναι η γραφειοκρατία και η εξυπηρέτηση από τους υπαλλήλους. Επίσης, διαπιστώνεται πως ένα μεγάλο ποσοστό αντιμετωπίζεται με καχυποψία κατά την επίσκεψή του στον νοσοκομειακό χώρο, ενώ υπάρχει και ένα ποσοστό που υποστηρίζει πως δε γίνεται δεκτό από τα δημόσια νοσοκομεία. Ωστόσο, στοιχεία άλλων ερευνών επισημαίνουν πως οι λειτουργοί της υγείας και τα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν τους μετανάστες

όπως ακριβώς και τους Έλληνες και δεν διακατέχονται από αισθήματα ξενοφοβίας και ρατσισμού, αν και αυτό συμβαίνει μόνο σε κάποιες μεμονωμένες περιπτώσεις. Ενώ, σε άλλες έρευνες, οι επαγγελματίες υγείας αποφαινόμενοι πως οι υπηρεσίες είναι ικανές και ανταποκρίνονται στις ανάγκες των μειονοτικών ομάδων. (Μανομενίδης 2009)

Είναι γενικά αποδεκτό ότι οι πρόσφυγες και μετανάστες συναντούν διάφορα εμπόδια στην πρόσβαση τους σε υπηρεσίες υγείας. Τα βασικότερα από αυτά, όπως αποτυπώνονται σε διάφορες μελέτες είναι:

### **1.8.1. Το γλωσσικό εμπόδιο**

Αυτό θεωρείται και το πιο διαδεδομένο πρόβλημα και συναντάται σε όλες τις μελέτες. Όπως αναφέρεται, συχνά δημιουργείται ένα γλωσσικό «φράγμα» μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών λόγω προβλημάτων γλώσσας και επικοινωνίας. Πολλές φορές χρειάζονται να γίνουν εκτεταμένες φυσικές και διαγνωστικές εξετάσεις σε αντιστάθμισμα της απλής προφορικής επικοινωνίας. Επίσης, συχνά χρησιμοποιείται για μετάφραση κάποιο μέλος της οικογένειας, συνήθως τα παιδιά, και δημιουργούνται έτσι πολλά προβλήματα όπως επιλεκτική μετάφραση, τιμωρητική διάθεση προς τους γονείς, δυσκολία μετάφρασης, όπως για παράδειγμα των προβλημάτων έμμηνης ρύσης της μητέρας και άλλων. Άλλες φορές η χρησιμοποίηση κάποιου τρίτου, ο οποίος ανήκει στην ίδια ομάδα μεταναστών, δημιουργεί προβλήματα εμπιστευτικότητας και απορρήτου των προσωπικών δεδομένων. (Michaelsen et al 2004, Vaughan 2010, Priebe et al 2011, Kluge et al 2012, Τριγώνη και συν 2017, Jossen 2018)

### **1.8.2. Δυσκολίες στη φροντίδα των μεταναστών χωρίς κάλυψη υγείας.**

Οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν δυσκολίες στην παροχή φροντίδας για τους πρόσφυγες και μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα, οι οποίοι δεν έχουν δικαίωμα χρήσης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Μερικοί επαγγελματίες ανέφεραν ότι χρειάζονται διευκρινίσεις οι μετανάστες για τα δικαιώματά τους, ενώ άλλοι ότι είχαν αρκετές πληροφορίες για να γνωρίζουν ποιες θεραπείες δικαιούνται και πού θα μπορούσαν να ζητήσουν περαιτέρω βοήθεια ή τον τρόπο χρηματοδότησης της θεραπείας τους. Πολλές φορές το νομικό πλαίσιο μπορεί να θέσει τους επαγγελματίες υγείας σε δίλημμα. Ακόμα και οι νόμιμοι μετανάστες δεν καλύπτονται από τις υπηρεσίες υγείας φέρνοντας σε δύσκολη θέση τους επαγγελματίες υγείας, γιατί οι

ασθενείς πρέπει από μόνοι τους να καλύπτουν το κόστος της θεραπείας, πράγμα που πολλές φορές είναι αδύνατο. Οι επαγγελματίες υγείας τότε έρχονται αντιμέτωποι με ηθικά διλήμματα. Επίσης, δημιουργείται και πρόβλημα περιορισμένης πρόσβασης σε εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις στους μετανάστες χωρίς ιατροφαρμακευτική κάλυψη, αν και τους παρέχεται φροντίδα υγείας όταν πρόκειται για επείγοντα περιστατικά. (Jossen 2018)

Άλλες φορές, έχει παρατηρηθεί το φαινόμενο οι ιατροί να συνταγογραφούν φάρμακα ή εργαστηριακές εξετάσεις στο όνομά τους ή να καταχωρούν τον ασθενή με εναλλακτικό τρόπο ή με έγγραφα άλλου για να μπορέσουν να του παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα υγείας. Αρκετοί από τους επαγγελματίες υγείας εξέφρασαν την ανησυχία τους για το ότι δεν θα μπορούσαν να επικοινωνήσουν ξανά με τον ασθενή, εάν τα αποτελέσματα των εξετάσεων ήταν ασυνήθιστα, διότι οι μετανάστες λόγω του φόβου της απέλασης δίνουν συνήθως ψευδή στοιχεία ταυτοποίησης. (Priebe et al. 2011, Τριγώνη και συν. 2017, Vaughan 2010)

### **1.8.3. Κοινωνική περιθωριοποίηση και τραυματικές εμπειρίες.**

Η πλειοψηφία των επαγγελματιών ανέφερε προβλήματα σχετικά με την παροχή φροντίδας υγείας, λόγω των στρεσογόνων εμπειριών που έχουν ζήσει οι μετανάστες. Θεωρούν ότι είναι κοινωνικά περιθωριοποιημένοι, περισσότερο από τους φτωχούς και τους ανέργους, δυσκολεύονται να μάθουν τη γλώσσα και να ενταχθούν λόγω εμπειριών (πολέμου, συγκρούσεων κλπ). Συχνά αντιμετωπίζουν το φαινόμενο, οι μετανάστες να προτιμούν πρώτα να επιλύσουν τα κοινωνικοοικονομικά τους προβλήματα και το πρόβλημα της νομιμότητας παρά να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα υγείας τους. (Priebe et al 2011, Τριγώνη και συν. 2017, Hultsjö and Hjelm 2005)

### **1.8.4. Έλλειψη εξοικείωσης με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, διοικητικά εμπόδια, γραφειοκρατία**

Πολλές φορές, οι μετανάστες εκτός από τα θέματα υγείας που πρέπει να επιλύσουν έχουν να αντιμετωπίσουν και την γραφειοκρατία και τις περίπλοκες για αυτούς, διαδικασίες του συστήματος υγείας. Η απουσία ή η ελλιπής γνώση για το σύστημα υγείας της χώρας υποδοχής είναι κοινό πρόβλημα για τους νέους πρόσφυγες και μετανάστες. Η έλλειψη εξοικείωσης με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι κοινή μεταξύ των πρόσφατων μεταναστών. Τα τμήματα επειγόντων

περιστατικών είναι συνήθως η μόνη δυνατότητα πρόσβασης που έχουν οι μετανάστες για παροχή φροντίδας υγείας, λόγω άγνοιας του συστήματος υγείας. Ιδιαίτερα αυτοί που δεν έχουν νόμιμα έγγραφα εξετάζονται στα τμήματα επειγόντων, αλλά συνήθως δεν ακολουθούν τις προτεινόμενες θεραπείες γιατί εξαιτίας της οικονομικής δυσπραγίας στην οποία βρίσκονται δεν μπορούν να αγοράσουν την απαιτούμενη θεραπεία και τις επιπλέον διαγνωστικές εξετάσεις που απαιτούνται. Η άγνοια του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης πολλές φορές επηρεάζει τη θεραπεία. Συχνά εμφανίζεται το φαινόμενο της μη χρησιμοποίησης διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας και πόρων λόγω της άγνοιας ύπαρξής τους. (Michaelsen et al 2004)

Συχνά η προηγούμενη εμπειρία των μεταναστών από άλλα συστήματα υγείας άλλων χωρών τους οδηγούν στο να έχουν άλλες προσδοκίες από τους επαγγελματίες υγείας, συχνά υπερβολικές. Διαφορετικές πεποιθήσεις της σχέσης ασθενούς - επαγγελματία υγείας μπορεί να οδηγήσουν σε αβεβαιότητα και δυσπιστία, εάν οι εμπειρίες διαφέρουν πολύ από τις προσδοκίες. Σε αρκετές περιπτώσεις οι προσδοκίες των ασθενών για την επίλυση των προβλημάτων τους δεν είναι ρεαλιστικές ως προς το χρόνο και τον τρόπο θεραπείας. Αλλά και η έλλειψη ενημέρωσης των υπηρεσιών σχετικά με τα δικαιώματα των μεταναστών και προσφύγων, συχνά δημιουργούν προβλήματα στην προσβασιμότητα τους στις υπηρεσίες υγείας. (Priebe et al 2011, Τριγώνη και συν. 2017, Vaughan 2010, Hultsjö and Hjelm 2005)

#### **1.8.5.Οι διαφορές στην κουλτούρα υγείας και διαφορετικές κατανοήσεις της ασθένειας και της θεραπείας**

Οι συμμετέχοντες στις διάφορες έρευνες ανέφεραν προβλήματα που σχετίζονται με την κατανόηση της ασθένειας από τους μετανάστες ασθενείς, αλλά και με τον τρόπο θεραπείας. Αναφέρθηκε, επίσης, ότι ορισμένοι πρόσφυγες και μετανάστες είχαν πολύ υψηλές, και πολλές φορές μη ρεαλιστικές, προσδοκίες από τους επαγγελματίες υγείας, για την παροχή υπηρεσιών.

Η διαφορά αντίληψης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των μεταναστών σχετικά με την αιτιολογία των ασθενειών, τα συμπτώματα και την πρόκληση του πόνου οδηγούν, συχνά, σε δυσκολίες διάγνωσης. Μεγάλα είναι και τα προβλήματα στη θεραπεία των μεταναστών που δημιουργούνται από τις διαφορετικές αντιλήψεις για το ανθρώπινο σώμα, που οδηγούν ή στο να μην ακολουθείται η θεραπεία ή η

συμμόρφωση με τη θεραπεία να γίνει με μεγάλη αντίσταση. (Priebe et al 2011, Michaelsen et al 2004, Heath 2017)

#### **1.8.6. Πολιτισμικές διαφορές**

Ένα άλλο πρόβλημα που ανέφεραν οι επαγγελματίες υγείας εκτός από τα προβλήματα κατανόησης της ασθένειας και της θεραπείας, είναι οι διαφορές στα πολιτισμικά πρότυπα, στις θρησκευτικές πρακτικές, όπως και τα ήθη και τα έθιμα, αλλά και διάφορα προβλήματα με τη φυσική εξέταση, τη σωματική επαφή, τα πολιτιστικά ταμπού. Για παράδειγμα, η θεραπεία στην περιοχή του φύλου και του πρωκτού είναι ταμπού. Οι ερωτηθέντες εξέφρασαν ανησυχίες σχετικά με τα προβλήματα που δημιουργούνται κατά τη διαδικασία των φυσικών εξετάσεων, με το σεβασμό των θρησκευτικών περιορισμών στη σωματική επαφή και τα πολιτιστικά ταμπού. Συχνά οι ασθενείς αρνούνται τη φροντίδα ή δεν επιθυμούν να αποκαλύψουν ευαίσθητες πληροφορίες. (Priebe et al 2011, Heath 2017)

Τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά δυσκολεύουν τη διαδικασία εξέτασης λόγω θρησκευτικών και πολιτισμικών πεποιθήσεων (Hakonsen et al 2014). Ορισμένες ευρωπαϊκές θεραπείες και παραδόσεις κρίνονται ανεφάρμοστες από τους μετανάστες, ιδιαίτερα όταν περιλαμβάνουν εναλλακτικές θεραπείες χωρίς φάρμακα. Εκτός των άλλων, λόγω των πολιτισμικών διαφορών δημιουργούνται και πρακτικά θέματα, όπως η μη τήρηση των ραντεβού, ή η αναζήτηση των υπηρεσιών υγείας εκτός ωραρίου, πράγμα που δημιουργεί προβλήματα καταπόνησης των υπηρεσιών υγείας. (Τριγώνη και συν. 2017, Vaughan 2010, Heath 2017)

Επίσης, οι μουσουλμάνοι ασθενείς δεν επιθυμούν την άμεση επαφή με τα μάτια, ειδικά όταν οι επαγγελματίες υγείας είναι του αντίθετου φύλου. Ακόμη και η έννοια της απόστασης διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό. Παράδειγμα, αν ένα άτομο κάθεται κοντά σε ένα άλλο, αυτό μπορεί να ερμηνευτεί, ή σαν οικειότητα ή σαν απειλή. (Κελέση και συν.2016, Hultsjö and Hjelm 2005)

#### **1.8.7. Αρνητικές συμπεριφορές μεταξύ του προσωπικού και των ασθενών**

Η έλλειψη εμπιστοσύνης των μεταναστών προς το υγειονομικό προσωπικό, η δυσπιστία απέναντι στους επαγγελματίες υγείας αλλά και προς τους διαπολιτισμικούς διαμεσολαβητές που προέρχονται από χώρες με τις οποίες οι ασθενείς μετανάστες είχαν προηγούμενη πολιτική ή θρησκευτική σύγκρουση αναφέρονται ως προβλήματα

στην πρόσβαση των μεταναστών στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Heath 2017). Συχνά είναι τα αιτήματα των ασθενών να εξεταστούν από άλλο μέρος του προσωπικού και αρκετές φορές παρακρατούν πληροφορίες για αυτούς τους λόγους. Πολλές φορές τηρούν αρνητική στάση απέναντι στο προσωπικό, μέχρι και εχθρική συμπεριφορά εξαιτίας παρεξηγήσεων, έχοντας την αίσθηση ότι δεν τους δίνει κανείς σημασία. Σε πολλά σημεία αναφέρεται ο φόβος των διακρίσεων σε βάρος τους, βασισμένος σε προηγούμενες εμπειρίες ή απόψεις που διακινούνται από μέσα μαζικής επικοινωνίας. Η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας πολλές φορές, μπορεί να επιτείνει αυτό το φόβο. (Priebe et al. 2011, Jossen 2018, Hultsjö and Hjelm 2005)

#### **1.8.8. Έλλειψη πρόσβασης στο ιατρικό ιστορικό**

Ένα μεγάλο πρόβλημα που αναφέρθηκε από τους επαγγελματίες υγείας ήταν η έλλειψη πρόσβασης στο ιατρικό ιστορικό των ασθενών, ειδικά για τους μετανάστες χωρίς έγγραφα. Ότι πληροφορίες μπορούν να συγκεντρώσουν είναι προφορικές και συχνά μειωμένης αξιοπιστίας, αν όχι λανθασμένες. Οι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν τις επιπλοκές και τα προβλήματα που συναντούν, μη γνωρίζοντας αν οι ασθενείς είχαν αλλεργίες, τι εμβολιασμούς και επεμβάσεις είχαν κάνει, τα προηγούμενα προβλήματα υγείας, τί φαρμακευτική αγωγή ακολουθούν, με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται η απόφαση για το είδος της θεραπείας που πρέπει να ακολουθήσουν, με συνέπεια οι ακολουθούμενες θεραπείες να είναι συχνά αναποτελεσματικές. (Priebe et al. 2011, Τριγώνη και συν. 2017, Jossen (2018)

#### **1.8.9. Περικοπές προϋπολογισμού μονάδων υγείας**

Ειδικά στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια, οι μεγάλες περικοπές της χρηματοδότησης, λόγω της οικονομικής κρίσης, συγχρόνως με το μεγάλο πρόβλημα της έλλειψης των αναλωσίμων και την έλλειψη του προσωπικού λόγω των αθρών συνταξιοδοτήσεων και μείωσης προσλήψεων, δημιουργούν πρόσθετα εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. (Τριγώνη και συν. 2017)

## **1.9. ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ**

Το μεγάλο μεταναστευτικό ρεύμα αποτελεί μια πραγματικότητα για την Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια. Ένα δυναμικό φαινόμενο το οποίο συνεχώς εξελίσσεται και μεταλλάσσεται, που έχει επηρεάσει τις δομές της Ελληνικής κοινωνίας. Αυτό σηματοδοτεί μεγάλες αλλαγές στην Ελληνική κοινωνία, οι οποίες επηρεάζουν τη σύνθεση του πληθυσμού, την αγορά εργασίας, τις κοινωνικές αντιλήψεις, το πολιτισμικό της υπόβαθρο, καθώς και τις ανάγκες των ασθενών, αλλά και των συγγενών τους, σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας. Αυτές οι αλλαγές δημιούργησαν μια μεγάλη ανάγκη για παροχή φροντίδας υγείας σε άτομα με πολλές διαφορές σε σχέση με την πλειοψηφία των Ελλήνων πολιτών, όπως διαφορές στην κουλτούρα, στις αξίες, στις αντιλήψεις και στις συνήθειες. (Καδιγιαννόπουλος 2015)

Όταν αναφερόμαστε σε διαπολιτισμική φροντίδα υγείας εννοούμε την φροντίδα που παρέχεται με ευαισθησία στις ανάγκες των ανθρώπων με διαφορετική κουλτούρα, ήθη, έθιμα, αντιλήψεις κλπ.

Οι στόχοι της διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας είναι:

- Η αναγνώριση και κατανόηση της διαφορετικότητας.
- Ο σεβασμός για κάθε κουλτούρα.
- Η θετική στάση σε κάθε μορφή διαφορετικότητας.
- Η συνειδητοποίηση της σημασίας της πολιτισμικής ποικιλίας.
- Η διατήρηση της αλληλεγγύης και της κοινωνικής δικαιοσύνης μεταξύ των ανθρώπων.
- Η προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.
- Η παροχή ίσων ευκαιριών και πρόσβασης σε όλους Αργυριάδης, Α. Academia Edu.

Σύμφωνα με το Health Policy Institute της Αμερικής ο λειτουργός υγείας θα πρέπει:

- «- Να σέβεται τη διαφορετική γλώσσα, τις αξίες και τα έθιμα μιας κοινωνικής ομάδας.
- Να γνωρίζει τα βασικά σημεία του πολιτισμικού πλαισίου του ατόμου και να έχει τη θέληση να εξερευνήσει τις πεποιθήσεις και τις προκαταλήψεις που το διακρίνουν.

- Να ενσωματώνει την κουλτούρα του ατόμου στην παροχή φροντίδας και να είναι ανοιχτός στους διαφορετικούς τρόπους ανταπόκρισης του ασθενούς στη θεραπεία του.
  - Να αναπτύσσει και να εφαρμόζει εξατομικευμένες πρακτικές, προσαρμοσμένες στο κοινωνικο-πολιτισμικό περιβάλλον του κάθε ατόμου.
  - Να κατέχει κοινωνικές δεξιότητες όπως, υπομονή, έλλειψη εγωισμού και απόρριψης, σεβασμό, θέληση για αλλαγή και μάθηση.»
- (Betancourt 2005).

Σύμφωνα με τους Κελέση και συν.(2016) οι θεωρίες της διαπολιτισμικής φροντίδας είναι:

1. Η θεωρία της πολιτισμικής ευαισθησίας της Talabere, που αναφέρεται στον σεβασμό που πρέπει να επιδεικνύουν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στον ασθενή και το πολιτισμικό του υπόβαθρο.
2. Η θεωρία της πολιτισμικής ικανότητας της Campinha-Bacote, που εστιάζει στην καλλιέργεια της διάθεσης του επαγγελματία για προσωπική εξέλιξη και επιμόρφωση. Η πολιτισμική ικανότητα περιλαμβάνει τους όρους της συνειδητοποίησης, της γνώσης, της δεξιότητας, της επιθυμίας και της συνάντησης.
3. Η θεωρία της πολιτισμικής ασφάλειας του Ramsden, που ασχολείται με τη σχέση επαγγελματία υγείας και ασθενούς και θεωρεί ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κάνουν εσωτερική ανασκόπηση και να έχουν ανοικτούς ορίζοντες.
4. Η θεωρία της διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής της Leininger, που αναλύει την ιδέα της φροντίδας μέσα σε ένα πολιτισμό.
5. Τέλος, διαπολιτισμικά μοντέλα δανεισμένα από άλλες επιστήμες, όπως αφομοιωτικό, ενσωμάτωσης, πολυπολιτισμικό, αντιρατσιστικό, διαπολιτισμικό και μοντέλο διαπολιτισμικής ετοιμότητας. (Κελέση και συν. 2016)

Τα άτομα που προέρχονται από χώρες με διαφορετικό κοινωνικό υπόβαθρο, συνήθως έχουν ψηλότερο ποσοστό ασθενειών, ανυπαρξία προληπτικής υγειονομικής φροντίδας, δεν μπορούν να διατηρήσουν καλό επίπεδο υγείας και έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Ο κοινωνικός αποκλεισμός τους αποθαρρύνει από το να αναζητήσουν έγκαιρα ιατρονοσηλευτική φροντίδα για σοβαρές ασθένειες ή τραυματισμούς. Λόγω της δύσκολης κοινωνικοοικονομικής τους κατάστασης, της



φτώχειας, των άσχημων συνθηκών διαβίωσης και της έλλειψης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, αλλά και λόγω των στρεσογόνων και επικίνδυνων καταστάσεων που βιώνουν κατά το ταξίδι τους, παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά από χρόνια νοσήματα, ιατρικά και ψυχολογικά, αλλά και από οξεία συμπτώματα. (Αμίτσης και συν.2001, Τομπέα 2019)

Στην έκθεση Καμία Δημόσια Υγεία χωρίς Υγεία για τους Πρόσφυγες και Μετανάστες (No PUBLIC HEALTH without REFUGEE and MIGRANT HEALTH) (World Health Organization, Regional Office for Europe, 2018) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τμήμα Ευρώπης, αναφέρεται ότι *«οι δείκτες θνησιμότητας είναι χαμηλότεροι στους πρόσφυγες και τους μετανάστες σε σύγκριση με τους δείκτες θνησιμότητας, νεοπλασμάτων, ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών, ενδοκρινολογικών και πεπτικών νοσημάτων του ευρωπαϊκού πληθυσμού της χώρας υποδοχής. Οι δείκτες θνησιμότητας υπολογίζεται ότι είναι υψηλότεροι για λοιμώξεις, ασθένειες του αίματος και καρδιαγγειακές παθήσεις. Οι πρόσφυγες και οι μετανάστες είναι ευάλωτοι σε μολυσματικές ασθένειες λόγω των κακών συνθηκών διαβίωσης στη χώρα προορισμού, της έκθεσης σε λοιμώξεις λόγω έλλειψης υγειονομικής περίθαλψης, λόγω απουσίας φροντίδας κατά τη διάρκεια του ταξιδιού από τη χώρα καταγωγής στη χώρα του τελικού προορισμού ή λόγω διακοπής της φροντίδας στη χώρα προέλευσης. Σύμφωνα με ενδείξεις ο κίνδυνος μετάδοσης λοιμωδών νοσημάτων από πρόσφυγες και μετανάστες στον πληθυσμό της χώρας υποδοχής είναι πολύ χαμηλός».*

Τα άτομα με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο έχουν διαφορετικές απόψεις και αντιλήψεις σχετικά με τη σύγχρονη και παραδοσιακή ιατρική (θεραπεία), γεγονός που πολλές φορές τους αποθαρρύνει από την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας γίνεται μόνο σε καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή τους ή σε ασθένειες με οξεία συμπτώματα. Διάφορες αρνητικές εμπειρίες μη εξυπηρέτησης των ίδιων ή ομοεθνών τους από το σύστημα υγείας, η ελλιπής γνώση των διαδικασιών που απαιτούνται, το πρόβλημα της γλώσσας και της επικοινωνίας αποκλείουν πολλές φορές αυτές τις ομάδες από το σύστημα υγείας της χώρας υποδοχής. (Κοσσυβάκη 2002)

Τα άτομα αυτά εξαιτίας των στρεσογόνων γεγονότων της ζωής τους όπως και των δυσβάσταχτων κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, οδηγούνται σε τραυματικές καταστάσεις και γεγονότα κατά την εγκατάστασή τους στις χώρες υποδοχής. Αυτά είναι η αδυναμία συνεννόησης στην καινούρια γλώσσα, η ένταση στις διαπροσωπικές σχέσεις, η διάρρηξη των οικογενειακών δεσμών και η

απομάκρυνση των μελών της, η φτώχεια κ.α. Τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οφείλονται στον τρόπο ζωής, στο σύστημα υγείας και σε διάφορους στρεσογόνους παράγοντες που αντιμετωπίσαν στην χώρα καταγωγής τους αλλά και κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους και της διαμονής τους στους ενδιάμεσους σταθμούς του ταξιδιού. (Δριτσάκου και συν. 2018)

Οι μετανάστες και πρόσφυγες εξαιτίας των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές στο επιδημιολογικό προφίλ τους από τα άτομα της χώρας υποδοχής. Έτσι, δημιουργείται μια πρωτόγνωρη και δύσκολα διαχειρίσιμη κατάσταση για τους επαγγελματίες υγείας, τις υποδομές και τις υγειονομικές ομάδες. Όλοι αυτοί προσπαθούν να αντιμετωπίσουν διαφορετικές και πρωτόγνωρες καταστάσεις. Η έλλειψη πείρας και εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας πάνω στη διαπολιτισμική φροντίδα υγείας είναι ένα θέμα που δυσκολεύει τη σφαιρική αντιμετώπιση των περιστατικών αυτών. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να προσαρμόσουν την παροχή φροντίδας υγείας στις ανάγκες των μεταναστών και προσφύγων και ως προς την ιατρική όσο και την συμβουλευτική αντιμετώπιση. Πρέπει να χρησιμοποιούν ενιαίο πλάνο φροντίδας και πρωτόκολλα. Έχοντας να αντιμετωπίσουν περιστατικά ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό και κοινωνικό υπόβαθρο που έχουν ζήσει ιδιαίτερα στρεσογόνες καταστάσεις πρέπει να αποκτήσουν γνώσεις, εμπειρία και να έχουν επάρκεια στην διαπολιτισμική φροντίδα υγείας. (Δριτσάκου και συν. 2018)

Διάφορες μελέτες που έχουν γίνει σε πρόσφυγες αλλά και σε επαγγελματίες υγείας, έχουν δείξει ότι υπάρχει μεγάλη ανάγκη για διερμηνεία. Η προσέγγιση των ασθενών με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα πρέπει να γίνεται με τη χρήση διαπολιτισμικών διαμεσολαβητών για να μην υπάρχει το εμπόδιο της γλώσσας και για να προλειαίνουν (και να επεξηγούν) αυτοί τις διαφορές του κοινωνικού και πολιτισμικού υπόβαθρου. Ταυτόχρονα συνυπάρχει και μεγάλη ανάγκη για διαρκή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στη διαπολιτισμική προσέγγιση των μεταναστών και προσφύγων ώστε να είναι αποτελεσματικοί. Πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να διαφοροποιήσουν την παροχή φροντίδας υγείας, ανάλογα με τη χώρα προέλευσης, το κοινωνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο, το φύλο, τη θρησκεία του μετανάστη. (Δριτσάκου και συν. 2018)

Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα είναι το πρόβλημα της επικοινωνίας. Εδώ χρειάζεται η ανάπτυξη των κατάλληλων επικοινωνιακών δεξιοτήτων από τους

επαγγελματίες υγείας, για να υπάρξει η απαραίτητη ανταλλαγή πληροφοριών, όπως ιστορικό ασθενούς, συμπτώματα, χρόνος εμφάνισης, κλπ. (Παλαιολόγου – Γκικοπούλου 2005) Εκτός από την ανάπτυξη των επικοινωνιακών ιδιοτήτων, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να έχουν ανοικτούς ορίζοντες σκέψης, να μην έχουν προκαταλήψεις, ρατσιστικές αντιλήψεις και συμπεριφορές, να αποδέχονται και να σέβονται τη διαφορετικότητα. Μια από τις κυριότερες προκλήσεις των επαγγελματιών υγείας είναι να γίνουν πολιτισμικά επαρκείς για να παρέχουν αποτελεσματική και πολιτισμικά κατάλληλη φροντίδα υγείας σε ασθενείς με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες στο σύστημα υγείας συχνά έρχονται αντιμέτωποι με φαινόμενα ρατσισμού προκατάληψης και διακρίσεων σε βάρος τους. (Κούτα 2007)

Σήμερα παρά το ότι οι πολυπολιτισμικές κοινωνίες αποτελούν μια φυσιολογική κατάσταση, ειδικά στην Ευρώπη και στη χώρα μας, όλα τα άτομα μέσα σε αυτές δεν έχουν ισότιμη μεταχείριση και δεν υπάρχει πάντα σεβασμός και προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Πολλές φορές η πολιτισμική και γλωσσική ιδιαιτερότητα οδηγεί στη διακοπή ιατρικής παρακολούθησης, διακοπή φαρμακευτικής αγωγής, διακοπή θεραπείας. Το ίδιο αποτέλεσμα πολλές φορές οφείλεται στις περιορισμένες ή ανύπαρκτες πολιτισμικές γνώσεις και δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας. (Κούτα 2007)

Η προαγωγή της υγείας αποτελεί μέρος της κουλτούρας του ατόμου. Η γνώση και αναγνώριση του κοινωνικο-πολιτισμικών πιστεύω και πρακτικών είναι απαραίτητη για την προαγωγή υγείας. Το άτομο επηρεασμένο από την κουλτούρα του περιβάλλοντος στο οποίο ζει και κινείται έχει διαφορετικά πιστεύω, θρησκευτικές τεχνικές και συνήθειες για την υγεία. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να παίρνουν υπόψη τους την κουλτούρα σαν ένα σημαντικό παράγοντα για την αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας. (Κούτα 2007)

## **1.10. ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

Οι σύγχρονες πολυπολιτισμικές κοινωνίες καθιστούν αναγκαία την παροχή ολιστικής φροντίδας στους ασθενείς με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα. Μόνο με την απαραίτητη εκπαίδευση και την υποστήριξη, οι επαγγελματίες υγείας θα

μπορούν να προσφέρουν πολιτισμικά συμβατή φροντίδα στους ασθενείς. (Καλαφάτη και Παϊκοπούλου 2011)

Το μεγάλο μεταναστευτικό ρεύμα τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας και η διαμονή μεγάλου αριθμού μεταναστών για αρκετό διάστημα στη χώρα μας, οι οποίοι έχουν μεγαλώσει με διαφορετικά, εθνικά, θρησκευτικά και πολιτιστικά πρότυπα, αξίες, ήθη, έθιμα, κουλτούρα, πεποιθήσεις, δημιούργησε την επιτακτική ανάγκη για διαπολιτισμική προσέγγιση στην παροχή υπηρεσιών υγείας (διαπολιτισμική ιατρική, νοσηλευτική και γενικά φροντίδα υγείας). Για την προώθηση της ποιότητας, της ισότιμης αντιμετώπισης, του επαγγελματισμού, της δικαιοσύνης, του αντιρατσισμού κλπ στην αντιμετώπιση των ασθενών με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ανάπτυξη των διαπολιτισμικών ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας. (Blanchet Garneau and Pepin 2014)

Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι η ηλικία, το κοινωνικό υπόβαθρο, το εισόδημα, το φύλο και το επίπεδο εκπαίδευσης έχουν σημασία για τη στάση του πληθυσμού προς τις εθνικές μειονότητες. Άτομα εκτός του εργατικού δυναμικού (οι άνεργοι, οι συνταξιούχοι, τα άτομα που βρίσκονται σε πρόνοια), αυτοαπασχολούμενοι, ειδικευμένοι και ανειδίκευτοι εργάτες, και άτομα με χαμηλό εισόδημα και χαμηλή εκπαίδευση φαίνεται έχουν την πιο αρνητική στάση απέναντι στους μετανάστες και πρόσφυγες. (Baumgartl and Favell 1995, Michaelsen et al 2004)

Ένα εύρημα σχετικά με τη στάση του πλειοψηφικού πληθυσμού έναντι των εθνοτικών μειονοτήτων, είναι η σημασία της εκπαίδευσης για τη θετική στάση, σε σύγκριση άλλες μεταβλητές. Μια εξήγηση για τη σύνδεση μεταξύ της διάρκειας της εκπαίδευσης και της στάσης απέναντι στους μετανάστες είναι ότι μια μακρύτερη εκπαίδευση οδηγεί σε αύξηση της βασικής εμπιστοσύνης. Ότι οι άνθρωποι με μικρότερη εκπαίδευση έχουν λιγότερο θετική στάση απέναντι σε αυτό που είναι περίεργο και άγνωστο και με τον ίδιο τρόπο, επίσης, προς τους μετανάστες μπορεί να προκληθεί από ένα αίσθημα ανασφάλειας και αδυναμίας γενικά. Η έρευνα δείχνει ότι μια αρνητική στάση προς τους μετανάστες είναι μεγαλύτερη μεταξύ των ανθρώπων που έχουν χαμηλό εισόδημα από ό,τι μεταξύ άλλων. (Green - Pedersen and Krogstrup 2008, Michaelsen et al 2004).

Σε έρευνα του Interhealth (2016) στη χώρα σε όλα τα προπτυχιακά και μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών των επαγγελματιών υγείας, σε Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης, σε Κέντρα Δια Βίου Μάθησης και σε άλλες

δραστηριότητες τυπικής και μη τυπικής μάθησης, βρέθηκε ότι τα περισσότερα τμήματα Νοσηλευτικής των ΑΕΙ διέθεταν ξεχωριστό μάθημα Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής. Πολλές σχολές είχαν σαν μάθημα εργαστηρίου την επίσκεψη σε δομές παροχής πρωτοβάθμιας υγείας σε μετανάστες και πρόσφυγες. Την στιγμή που εξελισσόταν η συγκεκριμένη έρευνα από τα τέσσερα τμήματα Ψυχολογίας μόνο τα δύο (ΕΚΠΑ, ΠΑΝΤΕΙΟ) είχαν μάθημα Διαπολιτισμικής Ψυχολογίας. Τα τμήματα Κοινωνικής Εργασίας είχαν όλα μαθήματα Διαπολιτισμικής Κοινωνικής Εργασίας και Μετανάστευσης. Από τα τμήματα της Ιατρικής, μόνο το τμήμα του Α.Π.Θ. είχε το μάθημα Διαπολιτισμική Ιατρική.

Το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να προσφέρουν υπηρεσίες υγείας σε ανθρώπους ενός διαφορετικού πολιτισμικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, οι οποίοι έχουν βιώσει πολύ στρεσογόνες καταστάσεις, απαιτεί αντιμετώπιση με τη μεγαλύτερη δυνατή πολιτισμική επάρκεια. Είναι πολλοί οι επαγγελματίες υγείας, που δεν έχουν τις απαραίτητες γνώσεις για να αντιμετωπίσουν πολύπλευρα και αποτελεσματικά τα περιστατικά που αντιμετωπίζουν. Η γνώση των βιωμάτων και των συνθηκών διαβίωσης, αλλά και των κοινωνικών δομών των ατόμων, που συγκροτούν τις ομάδες προσφύγων-μεταναστών, μπορεί να βοηθήσει σημαντικά τους επαγγελματίες υγείας να προσαρμόσουν και να εξατομικεύσουν τη φροντίδα τους στις ιδιαίτερες ανάγκες αυτών των ανθρώπων. (Δριτσάκου και συν. 2018)

Οι επαγγελματίες υγείας είναι απαραίτητο να παίρνουν ειδική εκπαίδευση και συνεχή ενημέρωση και επιμόρφωση με στόχο την καλύτερη δυνατή παροχή φροντίδας ανάλογα με τη χώρα εισαγωγής, το κοινωνικοπολιτικό και πολιτισμικό υπόβαθρο, τη θρησκεία, τις συνθήκες διαβίωσης και γενικότερα τις ιδιαιτερότητες του κάθε πρόσφυγα και μετανάστη. (Δριτσάκου και συν. 2018)

Σε έρευνα των Ozolins and Hjelm (2003) οι επαγγελματίες υγείας προτείνουν τη δημιουργία και την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων για επιμόρφωση του υγειονομικού προσωπικού σχετικά με την παροχή υγείας σε μετανάστες. Σημαντική είναι η δημιουργία προγραμμάτων εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στην παροχή φροντίδας σε μετανάστες ασθενείς, για την αποφυγή «ιατρικοποίησης» κοινωνικών προβλημάτων και την αντιμετώπιση του ασθενή με σεβασμό στις διαφορές της κουλτούρας του. (Hultsjö and Hjelm 2005)

Διαπολιτισμική εκπαίδευση σε επαγγελματίες υγείας παρέχεται πλέον σε πολλές σχολές της ανώτατης εκπαίδευσης. Θεωρείται πλέον απαραίτητο εφόδιο και

υπάρχει στα προγράμματα σπουδών όλων των σχολών υγείας της χώρας και συνεχώς επεκτείνεται και εμπλουτίζεται.

### **1.11. ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ “PHILOS I ΚΑΙ II”**

Πολλά και διαφορετικά είναι τα προγράμματα πρόληψης και υγειονομικής περίθαλψης που έχουν συσταθεί, με στρατηγικό στόχο την προαγωγή «υγιούς» διαβίωσης και τη μείωση των ανισοτήτων κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλον τον κόσμο. Τα συγκεκριμένα προγράμματα δημιουργήθηκαν για τον συστηματικό έλεγχο της υγείας των προσφύγων - μεταναστών. Στο πλαίσιο αυτών των προγραμμάτων καταγράφεται και εκτιμάται το ιστορικό νοσημάτων, οι προηγούμενες επεμβάσεις και θεραπείες, η ύπαρξη βίας ή κακοποίησης στο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, και οι τωρινές συνθήκες διαβίωσης.

Ένα από τα προγράμματα αυτά είναι και το πρόγραμμα “PHILOS”. Το Υπουργείο Υγείας της χώρας μας, σε συνεργασία με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) το οποίο αργότερα μετονομάστηκε σε Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας (Ε.Ο.Δ.Υ.) δημιούργησε και υλοποίησε το πρόγραμμα “PHILOS 1 και 2 – Ολοκληρωμένη επείγουσα παρέμβαση υγείας για την προσφυγική κρίση”. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα δημιουργήθηκε για να ανταποκριθεί με ολοκληρωμένο τρόπο στις υγειονομικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες των προσφύγων και μεταναστών που φιλοξενούνται στα κέντρα φιλοξενίας και μεταναστών της ηπειρωτικής και νησιωτικής χώρας (νησιά του Ανατολικού Αιγαίου, Μυτιλήνη, Χίος, Σάμος και των Δωδεκανήσων, Κως, Ρόδος, Λέρος, Κάλυμνος). Το πρώτο μέρος του προγράμματος χρηματοδοτήθηκε από το Ταμείο Ασύλου, Μετανάστευσης και Ένταξης (Asylum, Migration and Integration Fund – AMIF) της Γενικής Διεύθυνσης Μετανάστευσης & Εσωτερικών Υποθέσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (Εοδυ 2015)

Η χρηματοδότηση του προγράμματος του οποίου ο προϋπολογισμός έφτασε στα 24.180.928 έγινε αποκλειστικά από το AMIF (100%). Οι αρχές της χώρας χρησιμοποίησαν τις δυνατότητες χρηματοδότησης που προβλέπουν οι Ευρωπαϊκοί κανονισμοί για έκτακτες δράσεις εξαιρετικής χρησιμότητας. Το πρόγραμμα του PHILOS 1 ολοκληρώθηκε τον Αύγουστο του 2018 και στη συνέχεια ακολούθησε το πρόγραμμα PHILOS 2, το οποίο και χρηματοδοτήθηκε από το πρόγραμμα δημοσίων

επενδύσεων. Έχουν προσληφθεί διάφοροι επαγγελματίες για την υλοποίηση του προγράμματος, όπως ιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, μαίες, κοινωνικοί λειτουργοί, διασώστες, οδηγοί ασθενοφόρων, τεχνολόγοι, διοικητικοί υπάλληλοι και λοιπό προσωπικό. (Εοδυ 2015)

Οι θέσεις εργασίας κατανεμήθηκαν στην ηπειρωτική και νησιωτική Ελλάδα και αφορούσαν θέσεις στα Κέντρα Υγείας, στα νοσοκομεία, στις δομές του πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας, στις ΥΠΕ, στις δομές φιλοξενίας των προσφύγων και μεταναστών, στα κέντρα υποδοχής και ταυτοποίησης, στο Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων του Υπουργείου Υγείας, στον Ε.Ο.Δ.Υ., αλλά και στο ΕΚΑΒ. Μεγάλο μέρος της χρηματοδότησης αφορούσε την κάλυψη της δαπάνης που προέκυψε από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας των μεταναστών και προσφύγων στις πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες δομές της χώρας, αλλά και στα νοσοκομεία.

Με το πρόγραμμα PHILOS έγινε μια ολοκληρωμένη παροχή υγειονομικής περίθαλψης στον ευάλωτο αυτό πληθυσμό, αλλά ενισχύθηκε με προσωπικό αλλά και μέσα και το Δημόσιο Σύστημα Υγείας, σε όλα τα επίπεδα, για την εξυπηρέτηση των αναγκών παροχής υγειονομικής φροντίδας στον πληθυσμό αυτό. Οι επαγγελματίες υγείας που προσελήφθησαν με το PHILOS είχαν υποχρέωση να εργάζονται και να εξυπηρετούν όχι μόνο τους πρόσφυγες και τους μετανάστες, αλλά όλο τον πληθυσμό της χώρας. Αυτή τη στιγμή είναι σε εξέλιξη το πρόγραμμα PHILOS 2 σαν συνέχεια του PHILOS 1. Με την πείρα από το PHILOS 1 και αφού έχουν καταγραφεί όλα τα προβλήματα που είχαν ανακύψει, συνεχίζει το πρόγραμμα PHILOS 2 δυναμικά, βελτιωμένο και άριστα στελεχωμένο. (Εοδυ 2015)

### **1.11.1. Στόχοι του προγράμματος**

Μετά το κλείσιμο των συνόρων από τις υπόλοιπες βαλκανικές χώρες δηλαδή το κλείσιμο του βαλκανικού διαδρόμου των προσφύγων και μεταναστών προς τις βόρειες χώρες της Ευρώπης αλλά και την συμφωνία Ευρωπαϊκής Ένωσης και Τουρκίας για τις επαναπροωθήσεις, δημιουργήθηκε το πρόγραμμα PHILOS για να αντιμετωπίσει το αποτέλεσμα (εγκλωβισμό) της παραμονής και διαβίωσης των προσφύγων και μεταναστών σε δομές φιλοξενίας που ίδρυσε η Ελληνική πολιτεία για το σκοπό αυτό σε διάφορες περιοχές της χώρας. Το πρόγραμμα προσπάθησε να εφαρμόσει και να προωθήσει τις καλύτερες πρακτικές και πρωτόκολλα που εφαρμόζονται στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσο αφορά την πρόληψη της

μετάδοσης ασθενειών αλλά πάντα με σεβασμό στο δικαίωμα του ατόμου στην υγεία.  
(Εοδυ 2015)

Ο σχεδιασμός του προγράμματος βασίστηκε στα στοιχεία που υπήρχαν στα υπουργεία Εθνικής Άμυνας και Μεταναστευτικής πολιτικής τα οποία και είναι στις ήδη καταγεγραμμένες από τις ελληνικές αρχές ανάγκες των προσφύγων και μεταναστών, σε υπηρεσίες υπεύθυνες για τη λειτουργία των χώρων φιλοξενίας προσφύγων και μεταναστών που υπάρχουν στην χώρα και στην αύξηση των αναγκών που δημιουργήθηκε στις Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ) της χώρας, αλλά και στην αυξημένη ανάγκη πόρων του Εθνικού Συστήματος Υγείας, του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) και του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ)

Οι βασικότεροι στόχοι του προγράμματος είναι:

- *«Η μεγαλύτερη ενίσχυση των δυνατοτήτων του δημόσιου συστήματος υγείας και των δομών επιδημιολογικής επιτήρησης με ανθρώπινο δυναμικό και υλικοτεχνική υποδομή.*
- *Η εξασφάλιση καλών συνθηκών υγιεινής για τα άτομα που ζουν στις ανοιχτές δομές φιλοξενίας.*
- *Η ισότιμη πρόσβαση του προσφυγικού πληθυσμού στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και η διασφάλιση της παροχής υψηλής στάθμης υγειονομικών και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών*
- *Η υποστήριξη της αποτελεσματικής διαχείρισης μη μεταδοτικών νοσημάτων και υπηρεσιών ψυχικής υγείας συμπεριλαμβανομένων της αντιμετώπισης της χρήσης ουσιών και της αντιμετώπισης της έμφυλης βίας*
- *Η δημιουργία ενός ισχυρού Κέντρου Επιχειρήσεων, άμεσης απόκρισης σε κάθε πιθανό συμβάν δημόσιας υγείας, μέσω της ενδυνάμωσης του Τμήματος Επιδημιολογικής Επιτήρησης του ΕΟΔΥ*
- *Η περαιτέρω ενδυνάμωση των μηχανισμών επιδημιολογικής επιτήρησης στον τομέα της δημόσιας υγείας, μέσω της στελέχωσης κινητών ιατρικών μονάδων που προέρχονται από τη Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και παρέμεναν μέχρι πρότινος αναξιοποίητες εξαιτίας της έλλειψης σε ανθρώπινο δυναμικό.*
- *Η άμεση ενίσχυση με ιατρικό προσωπικό και ιατροφαρμακευτικό υλικό των δομών του εθνικού συστήματος υγείας (πρωτοβάθμιες υγειονομικές μονάδες, νοσοκομεία και κέντρα άμεσης βοήθειας) στις περιοχές όπου υπάρχουν κέντρα φιλοξενίας, καθώς και της κάλυψης του επιπλέον κόστους που θα προκύψει από την παροχή*



*υγειονομικών υπηρεσιών από τις υπάρχουσες δομές υγείας προς τους πρόσφυγες και μετανάστες». (Εοδυ 2015)*

Για την Διοικητική και διαχειριστική εποπτεία του προγράμματος και την υλοποίηση με επιτυχία του προγράμματος PHILOS, ο ΕΟΔΥ (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) προσέλαβε εξειδικευμένο επιστημονικό και διοικητικό προσωπικό. Ειδικότερα, έχει προσλάβει επαγγελματίες δημόσιας υγείας, οικονομολόγους, στατιστικούς, νομικούς, φαρμακοποιούς, στελέχη διοικητικής υποστήριξης και δύο στελέχη τεχνικής και επικοινωνιακής υποστήριξης, αντίστοιχα. Με αυτό τον τρόπο κατάφερε να διασφαλίσει την πλήρη συμμόρφωση του προγράμματος με την ισχύουσα νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ πέτυχε την ανταπόκριση του προσωπικού του προγράμματος στις ανάγκες των πληθυσμιακών ομάδων που στοχεύει. Η επιστημονική ομάδα απαρτίζεται από δύο υποομάδες. Η πρώτη υποομάδα στελεχώνεται από έναν ιατρό, ένα νοσηλευτή, μία μαία, έναν ψυχολόγο και έναν κοινωνικό επιστήμονα κατόχους διδακτορικού τίτλου. Οι αρμοδιότητές της είναι κυρίως η έκδοση επιστημονικών αναφορών, η εποπτεία της εκπαίδευσης των εργαζομένων και των δράσεων ενημέρωσης, οι παρεμβάσεις δημόσιας υγείας των ωφελούμενων και η δημιουργία πρωτοκόλλων διαχείρισης και η έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών που τα συνοδεύουν. Η δεύτερη υποομάδα αποτελείται από έναν ιατρό, έναν νοσηλευτή, μία μαία, έναν ψυχολόγο και έναν κοινωνικό επιστήμονα κατόχους μεταπτυχιακού τίτλου. Οι αρμοδιότητές της είναι κυρίως η επιστημονική διαχείριση του έργου και η συνεργασία με τους αντίστοιχους επιστήμονες άλλων φορέων. (Εοδυ 2015)

Η ομάδα διαχείρισης του έργου απαρτίζεται από δέκα διοικητικούς υπαλλήλους και δεκαπέντε οικονομολόγους. Οι αρμοδιότητες της ομάδας διαχείρισης του έργου είναι ο έλεγχος, ο συντονισμός και η υλοποίηση του φυσικού και οικονομικού αντικειμένου του προγράμματος και η δημοσιοποίηση των δραστηριοτήτων του προγράμματος και των αποτελεσμάτων του. (Εοδυ 2015)

### **1.11.2 Ενίσχυση της επιτήρησης στον πληθυσμό των προσφύγων και μεταναστών**

Βασικός στόχος της συγκεκριμένης δράσης είναι η βελτίωση του συστήματος επιτήρησης στα κέντρα φιλοξενίας και ο διαμοιρασμός της πληροφορίας στους υπεύθυνους φορείς για την άμεση λήψη μέτρων. Παράλληλα, ενισχύεται το επίπεδο

ετοιμότητας αντιμετώπισης συμβάντων με ενδιαφέρον για τη δημόσια υγεία καθώς προβλέπεται η δημιουργία:

- *Πρωτοκόλλων απόκρισης προσαρμοσμένα στις ανάγκες και τις ιδιαίτερες συνθήκες στα κέντρα φιλοξενίας.*
- *Διαδικασιών διαχείρισης για τη σύσταση ομάδας απόκρισης και για την οργάνωση της διερεύνησης σε περίπτωση επιδημιών εντός των κέντρων φιλοξενίας (διαφορετικά πιθανά σενάρια). (Εοδυ 2015)*

### **1.11.3. Ενίσχυση της εργαστηριακής διαγνωστικής δυνατότητας των νοσοκομείων της χώρας και των κέντρων αναφοράς**

Θέμα προτεραιότητας για τον ΕΟΔΥ είναι να μπορεί να ανιχνεύσει και να διαγνώσει κρούσματα ασθενειών για να προτείνει και να εφαρμόσει συγκεκριμένα μέτρα και πρωτόκολλα για την αντιμετώπιση τους, αλλά και την αποτροπή της εξάπλωσης τους. Η ακριβής διάγνωση είναι απαραίτητη τόσο για κλινικούς λόγους, όσο και για λόγους δημόσιας υγείας. Με βάση τον αριθμό των κέντρων φιλοξενίας προσφύγων και μεταναστών που υπάρχουν στη χώρα, στόχος είναι η αντιμετώπιση των μολυσματικών ασθενειών να γίνεται πρώτα τοπικά (μέσα στα κέντρα φιλοξενίας) με ειδικευμένο κλιμάκιο προσωπικού σε ιατρεία μέσα στις δομές και όταν χρειάζεται να γίνεται η ανάλογη παραπομπή στο πλησιέστερο κέντρο δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας περίθαλψης ή στο αντίστοιχο κέντρο αναφοράς. (Εοδυ 2015)

Οι πρόσφυγες και μετανάστες που βρίσκονται αυτή τη στιγμή στην χώρα υπολογίζονται σε περίπου 100.000 και είναι μοιρασμένοι στα 40 περίπου κέντρα φιλοξενίας. Με βάση τα στοιχεία που διαθέτει ο Ε.Ο.Δ.Υ. βλέπουμε ότι οι πιο διαδεδομένες ασθένειες είναι οι γαστρεντερίτιδες και τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος, ενώ ακολουθεί η ψώρα όπως βλέπουμε ενδεικτικά στον πίνακα παρακάτω.

**Πίνακας 1:** Αριθμός επισκέψεων, αναλογική νοσηρότητα και στατιστικά σήματα ειδοποίησης/ εγρήγορης ανά επιτηρούμενο σύνδρομο/κατάσταση υγείας, σύνολο κέντρων φιλοξενίας της χώρας που δήλωσαν, εβδομάδα 21/2019 (20/05 έως 26/05).

Σύνδρομο/κατάσταση υγείας	Αριθμός επισκέψεων	Παρατηρούμενη αναλογική νοσηρότητα (%)	Αναμενόμενη αναλογική νοσηρότητα (%)	Z-score
[1] Λοίμωξη αναπνευστικού με πυρετό	107	2,6	2,9	-0,427
[2] Γαστρεντερίτιδα χωρίς αίμα στα κόπρανα	37	0,9	0,9	0,176
[3] Αιμορραγική διάρροια	0	0,0	0,0	-0,812
[4] Εξάνθημα με πυρετό	22	0,5	0,4	0,499
[5] Υποψία ψώρας	48	1,2	1,4	-0,570
[6] Υποψία πνευμονικής φυματίωσης	3	0,1	0,1	-0,197
[7] Ελονοσία (με θετικό ταχύ τεστ)	0	0,0	0,0	-0,210
[8] Υποψία διφθερίτιδας, αναπνευστικής ή δερματικής	0	0,0	0,0	0,000
[9] Ίκτερος με οξεία έναρξη	0	0,0	0,0	0,000
[10] Εκδηλώσεις παράλυσης με οξεία έναρξη	0	0,0	0,0	-0,210
[11] Μηνιγγίτιδα ή/και εγκεφαλίτιδα	0	0,0	0,0	-0,407
[12] Αιμορραγικές εκδηλώσεις με πυρετό	0	0,0	0,0	0,000
[13] Σήψη ή σοκ (σηπτικό, άγνωστης αιτιολογίας)	0	0,0	0,0	-0,188
[14] Θάνατος άγνωστης αιτιολογίας	0	0,0	0,0	-0,177

Σημειώσεις:

- Αναλογική νοσηρότητα: ποσοστό επισκέψεων για το συγκεκριμένο σύνδρομο/κατάσταση επί του συνόλου των επισκέψεων (για κάθε αιτία).

- Παρατηρούμενη αναλογική νοσηρότητα: αφορά την εβδομάδα της παρούσας έκθεσης.

- Αναμενόμενη αναλογική νοσηρότητα: αντανακλά την τάση των προηγούμενων 4 εβδομάδων.

- Z-score: διαφορά της παρατηρούμενης από την αναμενόμενη αναλογική νοσηρότητα, εκφρασμένη σε αριθμό σταθερών αποκλίσεων (Z-score > 2: "στατιστικά σημαντικά" μεγαλύτερη παρατηρούμενη νοσηρότητα από αναμενόμενη).

Πηγή: weekly-gr-201902.odt (Εοδυ 2019)

**Πίνακας1.** Εβδομαδιαία Έκθεση επιδημιολογικής επιτήρησης σε σημεία φροντίδας υγείας προσφύγων/μεταναστών του ΕΟΔΥ

Παράλληλα, ο ΕΟΔΥ ανέλαβε να ενισχύσει τα εξειδικευμένα εργαστήρια των κέντρων αναφοράς της χώρας με αντιδραστήρια, να αναλάβει το κόστος της συνεργασίας με κέντρα αναφοράς ξένων χωρών για την ανίχνευση σπάνιων παθογόνων.

Όπως είναι φυσικό, σημαντικός αριθμός μεταναστών και προσφύγων θα παραμείνει στην Ελλάδα για αρκετό χρονικό διάστημα και θα προκύψουν ζητήματα υγείας που σχετίζονται με διάφορες ασθένειες, τα οποία θα απαιτούν επιπλέον διαγνωστικούς ελέγχους και ιδιαίτερη αντιμετώπιση. Για αυτό τον λόγο γίνεται η ενίσχυση με αντιδραστήρια:

- του κέντρου αναφοράς του Τμήματος Παρασιτολογίας, Εντομολογίας και Τροπικών Νοσημάτων της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας για την ανίχνευση τροπικών ασθενειών
- του εθνικού κέντρου αναφοράς για τα μυκοβακτήρια.

- για την ανίχνευση ιών του αναπνευστικού συστήματος και της γρίπης.
- για την ανίχνευση αρμοιϊών.
- των εργαστηρίων δημόσιας υγείας της Κεντρικής Θεσσαλίας για τον έλεγχο δειγμάτων που συνδέονται με επιδημίες. (Εοδυ 2015)

#### 1.11.4 Οργάνωση και διεξαγωγή δράσεων μαζικού εμβολιασμού

Η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια δέχεται μαζική εισροή προσφύγων, μεταξύ των οποίων και παιδιά, η οποία από το 2015 έχει ξεπεράσει κάθε προηγούμενο και προέρχεται από χώρες κυρίως της Μέσης Ανατολής (Συρία, Ιράκ) και το Αφγανιστάν. Σταθερή είναι, επίσης, η εισροή από χώρες όπως το Πακιστάν και το Μπαγκλαντές. Τα θέματα υγείας των πληθυσμών αυτών είναι ιδιαίτερα και θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με όσο το δυνατόν πιο οργανωμένο τρόπο κατά την υποδοχή τους. Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που περιγράφονται είναι ο ελλιπής εμβολιασμός, γεγονός που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τόσο τους ίδιους, όσο και τον γηγενή πληθυσμό. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι, η πλειονότητα των προσφύγων έχουν «άγνωστη κατάσταση εμβολιασμού», εφόσον δεν διαθέτουν κατά την άφιξή τους έγγραφα που να πιστοποιούν την εμβολιαστική τους κάλυψη, με αποτέλεσμα την περαιτέρω δυσκολία στην πληρέστερη προσέγγιση από τις υγειονομικές αρχές της χώρας υποδοχής.

Σύμφωνα με εγκύκλιο (Αρ. Πρωτ. Γ1α/Γ.Π.οικ.21373 της 18/3/2016) της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και παίρνοντας υπόψη τις πρόσφατες οδηγίες για την αντιμετώπιση των υγειονομικών αναγκών των προσφύγων, των αιτούντων άσυλο και των παράτυπων μεταναστών που εκδόθηκαν από το ECDC, η προσέγγισή τους αναφορικά με τους εμβολιασμούς συνοψίζεται ως εξής:

*«Η εμβολιαστική κατάσταση των νεοεισερχομένων μεταναστών και προσφύγων θα πρέπει να ελέγχεται άμεσα προκειμένου να πάρουν άδεια παραμονής (πράσινη κάρτα) οι πρώτοι και να φιλοξενηθούν προσωρινά ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα οι δεύτεροι. Κάθε γραπτή και ευκρινής τεκμηρίωση εμβολιασμού γίνεται αποδεκτή, εφόσον αυτός έχει διενεργηθεί σύμφωνα με τις διεθνώς αποδεκτές συστάσεις (κατάλληλη ηλικία, εμβόλιο, μεσοδιάστημα δόσεων). Βρέφη και παιδιά χωρίς πιστοποιητικό εμβολιαστικής κάλυψης, θεωρούνται ανεμβολίαστα και εμβολιάζονται από την αρχή ανάλογα με την ηλικία τους».*

Ο κύριος στόχος της δράσης είναι η διεξαγωγή μαζικών εμβολιασμών, έτσι ώστε η εμβολιαστική κάλυψη των μεταναστών να φτάσει σε επίπεδο που δεν θα

επιτρέψει την επανεμφάνιση ασθενειών που δεν υπάρχουν πια στη χώρα και αποτροπή εμφάνισης επιδημικών ασθενειών που προλαμβάνονται με τον εμβολιασμό. Ο στόχος της δράσης είναι να εμβολιαστούν τα παιδιά και οι έφηβοι και να ακολουθούν από εδώ και πέρα το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού, όπως τα άλλα παιδιά που ζουν στην χώρα. (Εοδυ 2015)

Σύμφωνα με την εθνική επιτροπή εμβολιασμού τα εμβόλια που χρειάζονται, είναι:

- Hexavalent εξαδύναμο DTaP-IPV-Hib-HepB για παιδιά κάτω των οκτώ ετών (Διφθερίτιδας, Τετάνου, Κοκκύτη / Πολιομυελίτιδας)
- Τετραδύναμο TetravalentadulttypeTdap-IPV για παιδιά οκτώ έως 15 ετών

Για την αποφυγή εξάρσεων νοσημάτων που μπορούν να προληφθούν με τους παραπάνω εμβολιασμούς αλλά και άλλους για ενήλικες και γενικά για το σύνολο του μεταναστευτικού – προσφυγικού πληθυσμού. Το υγειονομικό προσωπικό που υπηρετεί σε κέντρα φιλοξενίας προσφύγων είναι πλήρως εμβολιασμένο σύμφωνα με το Εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού ενηλίκων. (Εοδυ 2015)

#### **1.11.5. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στα Κέντρα Φιλοξενίας**

Αυτή τη στιγμή οι δομές φιλοξενίας προσφύγων και μεταναστών που υπάρχουν στη χώρα και στις οποίες δραστηριοποιείται το προσωπικό του προγράμματος PHILOS είναι:

1. ΚΥΤ ΛΕΣΒΟΥ
2. ΚΥΤ ΛΕΡΟΥ
3. ΚΥΤ ΧΙΟΥ
4. ΚΥΤ ΚΩ
5. ΚΥΤ ΣΑΜΟΥ
6. ΚΦΠΜ ΕΛΑΙΩΝΑ
7. ΚΦΠΜ ΜΑΛΑΚΑΣΑΣ
8. ΚΦΠΜ ΛΑΥΡΙΟΥ
9. ΚΦΠΜ ΣΚΑΡΑΜΑΓΚΑ
10. ΚΦΠΜ ΣΧΙΣΤΟΥ
11. ΚΦΠΜ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ
12. ΚΦΠΜ ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑΣ (ΗΜΑΘΙΑ)
13. ΚΦΠΜ ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ (ΒΕΡΟΙΑ)
14. ΚΦΠΜ ΔΙΑΒΑΤΩΝ

15. ΚΦΠΜ ΚΑΤΩ ΜΗΛΙΑΣ (ΠΙΕΡΙΑ)
16. ΚΦΠΜ ΛΑΓΚΑΔΙΚΙΩΝ
17. ΚΦΠΜ ΛΟΥΤΡΩΝ ΒΟΛΒΗΣ
18. ΚΦΠΜ ΝΕΑΣ ΚΑΒΑΛΑΣ
19. ΚΦΠΜ ΔΡΑΜΑΣ
20. ΚΦΠΜ ΒΑΓΙΟΧΩΡΙΟΥ
21. ΚΦΠΜ ΣΕΡΡΩΝ
22. ΚΦΠΜ ΚΑΒΑΛΑΣ
23. ΚΥΤ ΕΒΡΟΥ
24. ΚΦΠΜ ΚΟΥΤΣΟΧΕΡΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ
25. ΚΦΠΜ ΟΙΝΟΦΥΤΩΝ
26. ΚΦΠΜ ΡΙΤΣΩΝΑΣ
27. ΚΦΠΜ ΘΕΡΜΟΠΥΛΩΝ
28. ΚΦΠΜ ΘΗΒΑΣ
29. ΚΦΠΜ ΒΟΛΟΥ - ΜΟΖΑΣ
30. ΚΦΠΜ ΑΝΔΡΑΒΙΔΑΣ
31. ΚΦΠΜ ΦΙΛΙΠΠΙΑΔΑ ΠΡΕΒΕΖΗΣ
32. ΚΦΠΜ ΔΟΛΙΑΝΩΝ
33. ΚΦΠΜ ΑΓΙΑΣ ΕΛΕΝΗΣ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
34. ΚΦΠΜ ΚΑΤΣΙΚΑ

Με την παρουσία ομάδων υγείας του ΕΟΔΥ (PHILOS) στις δομές, Κέντρα Φιλοξενίας Προσφύγων και Μεταναστών και στα Κέντρα Υποδοχής και Ταυτοποίησης, παρέχεται η πλήρης υγειονομική και ψυχοκοινωνική στήριξη των μεταναστών. Στη σύνθεση των ομάδων αυτών, υπάρχουν Ιατροί, Νοσηλευτές, Μαιές, Επισκέπτες υγείας, Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Διαπολιτισμικοί Μεσολαβητές και Συντονιστής Πεδίου. Ανάλογα με τον πληθυσμό ωφελουμένων της κάθε δομής είναι και η στελέχωση των επαγγελματιών υγείας.

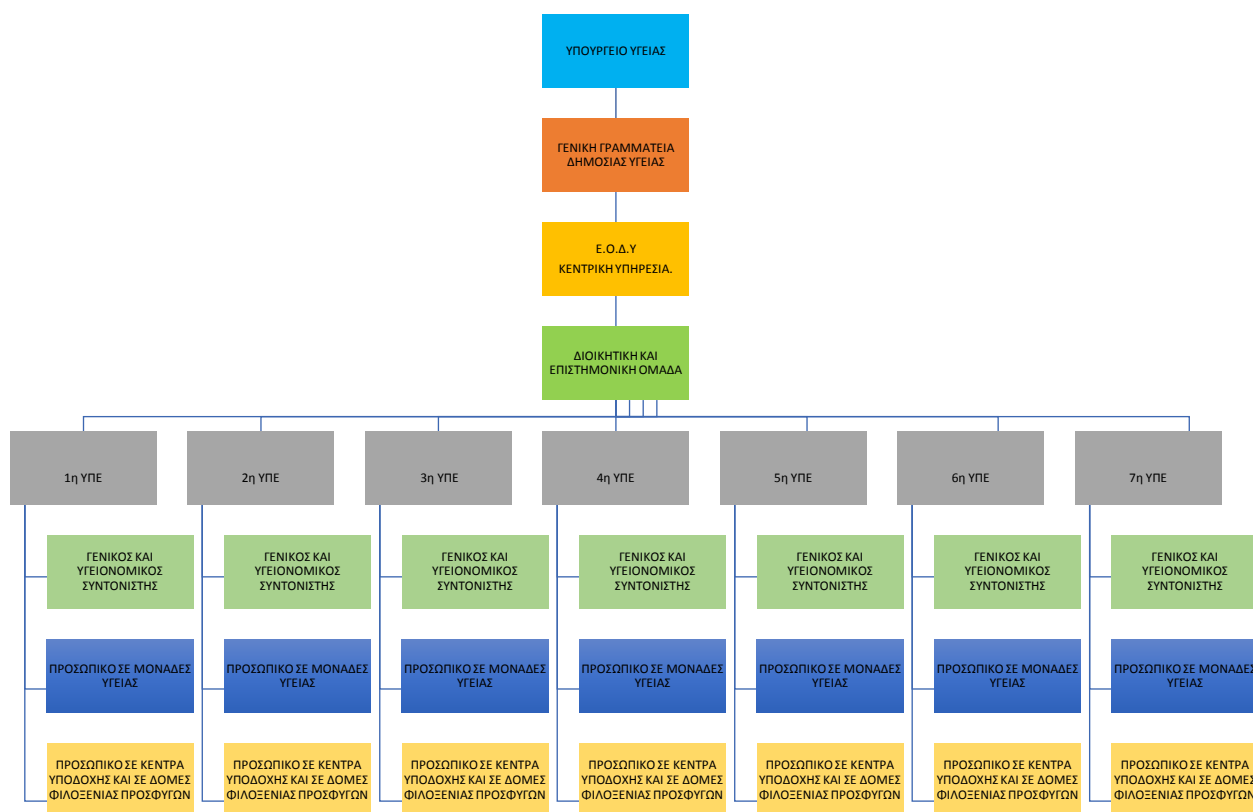
Σε κάθε ΚΦΠΜ και ΚΥΤ υπάρχει μια ιατρονοσηλευτική ομάδα και μια ψυχοκοινωνική ομάδα. Η ιατρονοσηλευτική ομάδα αποτελείται από ιατρούς, νοσηλευτές, μαιές, διαμεσολαβητές και αντιμετωπίζει τα επείγοντα περιστατικά. Παρέχει πρώτες βοήθειες, φροντίζει για τη διαλογή των ασθενών, τον εντοπισμό ευάλωτων ομάδων, την ομαλή λειτουργία του ιατρείου, την λήψη ιατρικού ιστορικού, την κλινική φυσική εξέταση, την καταγραφή της διάγνωσης, της προτεινόμενης θεραπείας και της συνιστώμενης φαρμακευτικής αγωγής, την τήρηση φακέλου σε

ασθενείς με χρόνια νοσήματα, την παραπομπή σε περαιτέρω φροντίδα (δευτεροβάθμια - τριτοβάθμια) με έντυπο παραπομπής ΕΟΔΥ στο οποίο καταγράφονται αρχικά ο σκοπός μεταφοράς και στη συνέχεια λεπτομερές ατομικό ιστορικό και φαρμακευτική αγωγή που έλαβε στο ιατρείο ή λαμβάνει χρόνια, τηρείται πάντα αυστηρά το ιατρικό απόρρητο, διενεργεί εμβολιασμούς τους οποίους πιστοποιεί και καταγράφει στο βιβλιάριο εμβολιασμών των ασθενών, συμμετέχει σε κατευθυνόμενους μαζικούς εμβολιασμούς όποτε αυτοί οργανώνονται από τον ΕΟΔΥ, και την παραπομπή στη ψυχοκοινωνική ομάδα όπου ακολουθείται η διαδικασία ψυχοκοινωνικής εκτίμησης.

Η ψυχοκοινωνική ομάδα αποτελείται από ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, διαμεσολαβητές και ψυχιάτρους. Οι παραπάνω εφαρμόζουν τη διαδικασία εκτίμησης υποδοχής (intake screening) για τα προβλήματα ψυχικής υγείας που περιλαμβάνει, παραπομπή, εάν χρειάζεται για αξιολόγηση, διάγνωση, θεραπεία και έλεγχο ψυχιατρικών νοσημάτων, παρέμβαση κρίσης, διαχείριση επεισοδίων ψυχικής υγείας, διακομιδή περιστατικών με ψυχιατρικά προβλήματα που δεν μπορούν να παραμείνουν στον χώρο, πρόγραμμα πρόληψης αυτοκτονιών, αξιολόγηση της ψυχικής υγείας ως μέρος της ευαλωτότητας στα ΚΥΤ (ν. 4375/2016), εποπτεία του προσωπικού που παρέχει ψυχοκοινωνική στήριξη σε πρόσφυγες και μετανάστες. (Εοδυ 2015)

Οι μεταφορές των προσφύγων για τακτικά ραντεβού από τα ΚΦΠΜ και τα ΚΥΤ προς τις Δομές Υγείας διενεργούνται, με τις αστικές συγκοινωνίες, ή με κινητές μονάδες και με διασώστες οδηγούς. Οι Συντονιστές πεδίου είναι υπεύθυνοι για όλο το προσωπικό που εργάζεται στην ιατρονοσηλευτική και ψυχοκοινωνική υπηρεσία της δομής. Συνεισφέρουν στην επίλυση πολύπλοκων καταστάσεων, προβλημάτων πρόσβασης στις δομές υγείας, συνεργάζονται με ανάλογους φορείς υλικού, κάνουν παρεμβάσεις αγωγής υγείας και γενικότερα συνεργάζονται με όλους τους φορείς που δραστηριοποιούνται εντός του ΚΦΠΜ ή ΚΥΤ, οργανώνουν ομάδες πληροφόρησης και στήριξης του προσφυγικού πληθυσμού. Μεταφέρουν τις αναγκαίες πληροφορίες στις υπηρεσίες του ΕΟΔΥ (Επιστημονική ομάδα, Διοικητική ομάδα) και στο γενικό Συντονιστή με το καθημερινό δελτίο επιδημιολογικής επιτήρησης, τις εβδομαδιαίες ιατρικές και ψυχοκοινωνικές αναφορές, τη μηνιαία καταγραφή του παραχθέντος έργου, τις φόρμες που αφορούν διερεύνηση και καταγραφή φυματικής λοίμωξης και έμφυλης βίας και άλλες. Διατηρούν αρχείο καταγραφής υγειονομικού και φαρμακευτικού υλικού, πρωτόκολλο παράδοσης - παραλαβής φαρμάκων και

εμβολίων, και αρχείο καταγραφής των ληγμένων φαρμάκων (Παράρτημα). Οι παραπάνω επαγγελματίες καθοδηγούνται από τους Συντονιστές. Σε κάθε ΥΠΕ υπάρχει ένας Γενικός Συντονιστής. Ο Γενικός Συντονιστής ενημερώνεται καθημερινά από το Συντονιστή Υγειονομικών Υπηρεσιών για τα ιατρικά περιστατικά και από τους Συντονιστές Πεδίου για τα καθημερινά συμβάντα των δομών της ΥΠΕ. Ο Υγειονομικός Συντονιστής συντονίζει την ιατρονοσηλευτική ομάδα και ψυχοκοινωνική ομάδα κάθε δομής και ενημερώνεται καθημερινά. Ο Γενικός Συντονιστής μεταφέρει τις πληροφορίες από και προς την κεντρική υπηρεσία του ΕΟΔΥ. Ο ΕΟΔΥ έχει τον συντονισμό όλου του προγράμματος μέσω της συνεχούς επαφής με συντονιστές πεδίων, υγειονομικούς συντονιστές και γενικούς συντονιστές από το σύνολο των δομών της χώρας. (Εοδυ 2015)



**Διάγραμμα 1.** Το οργανόγραμμα του προγράμματος PHILoS

### 1.11.6. Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας

Στο πλαίσιο του προγράμματος, έγινε επαρκής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στα θέματα των μεταδιδόμενων νοσημάτων, στη διαπολιτισμική φροντίδα υγείας, σε θέματα ευαλωτότητας, στη διαπίστωση της ανηλικότητας (ΚΥΑ), των ασυνόδευτων ανηλίκων, θύματα βίας κ.α.



Πραγματοποιούνται συνεχή σεμινάρια και επιμορφώσεις των επαγγελματιών υγείας, σε διάφορα θέματα και ζητήματα που μπορεί να ανακύψουν στο πλαίσιο της ενασχόλησης τους με το προσφυγικό – μεταναστευτικό. (Εοδυ 2015)

#### **1.11.7. Ενίσχυση των δομών του Δημόσιου Συστήματος Υγείας**

Με το πρόγραμμα PHILOS επιχειρείται η ανακούφιση τόσο των Υγειονομικών Περιφερειών, όσο και του ΕΚΑΒ. Οι πρόσφυγες - μετανάστες που έχουν εγκατασταθεί στη χώρα αποτελούν ένα επιπλέον φορτίο στην λειτουργία των δομών του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), καθώς και στη λειτουργία του ΕΚΑΒ. Καθημερινά παραπέμπεται σε δευτεροβάθμια ή και τριτοβάθμια νοσοκομεία μεγάλο μέρος προσφύγων - μεταναστών από τα κέντρα φιλοξενίας προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα επείγοντα αλλά και τα χρόνια προβλήματα υγείας τους.

Τα παιδιά είναι ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού που φιλοξενείται στις δομές και τα κέντρα φιλοξενίας, τα οποία χρειάζονται ειδική και επιστημονικά άρτια μεταχείριση, σε περιπτώσεις που υπάρχει ανάγκη επιβεβαίωσης της ανηλικότητας. Η υποστήριξη που θα πάρει ο κατά δήλωση του ανήλικος στη χώρα υποδοχής, αλλά και το πώς θα αντιμετωπιστεί η αίτηση του για άσυλο, εξαρτάται απολύτως από τον σωστό προσδιορισμό της ηλικίας του. (Εοδυ 2015)

#### **1.12. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

Αρκετές μελέτες έχουν γίνει σε διάφορες χώρες, σχετικά με τις στάσεις, απόψεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας, κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες ασθενείς.

Μια μεγάλη έρευνα που έγινε στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες η Interhealth, (2016) με την συμμετοχή του προγράμματος ERASMUS του Ιδρύματος Κρατικών Υποτροφιών (ΙΚΥ), των ΜΚΟ, ΙΑΣΙΣ και SSF, του Τ.Ε.Ι. Αθηνών, του ιδρύματος IFRTS, της εταιρίας τεχνολογίας FVA, και του ινστιτούτου επαγγελματικής κατάρτισης BFI σχετικά με τις Διαπολιτισμικές Δεξιότητες για τους Επαγγελματίες Υγείας κατέγραψε τις εμπειρίες, τα συναισθήματα, τις πεποιθήσεις, τις πρακτικές, τις ανεπάρκειες στην εκπαίδευση, την πολιτισμική ικανότητα των επαγγελματιών και των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας σε σχέση με την ενασχόληση τους με διαπολιτισμικούς

ασθενείς, όπως και τις καλές πρακτικές και τις ανάγκες σχετικά με την ανάπτυξη των διαπολιτισμικών ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας

Οι Έλληνες επαγγελματίες υγείας ανέφεραν ότι δεν διαθέτουν τις απαραίτητες διαπολιτισμικές ικανότητες, και ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν ήταν έτοιμο να αντιμετωπίσει το μεγάλο κύμα αφίξεων ασθενών με διαφορετική διαπολιτισμική ταυτότητα. Θεωρούν ότι υπάρχει μεγάλη ανάγκη εκπαίδευσης και επιμόρφωσης σχετικά με τη διαπολιτισμική προσέγγιση ασθενών. Δηλώνουν ότι συχνά αισθάνονται συγκλονισμένοι από τους διαφορετικούς ρόλους που αναγκάζονται να υιοθετήσουν όταν εξετάζουν διαπολιτισμικούς ασθενείς. Μεγάλο μέρος των συμμετεχόντων εξέφρασε τη γνώμη ότι οι διαφορετικές αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια δημιουργούν προβλήματα στην καθημερινή πρακτική. Το ίδιο ισχύει και για τις απόψεις και πεποιθήσεις των μεταναστών ως προς το φύλο, την ηλικία, τη θρησκεία, τις σεξουαλικές προτιμήσεις, τις σωματικές και πνευματικές ικανότητες. Για παράδειγμα μια γυναίκα μπορεί να αρνηθεί να εξεταστεί από άνδρα ιατρό.

Στην έκθεση των αποτελεσμάτων της έρευνας Interhealth, (2016), βλέπουμε ότι το 30% των συμμετεχόντων απάντησε ότι δεν υπάρχουν επαρκείς πληροφορίες σχετικά με τη διαθεσιμότητα προγραμμάτων ανάπτυξης διαπολιτισμικών ικανοτήτων. Το 21% απάντησε ότι υπάρχει έλλειψη υποστήριξης από το διοικητικό προσωπικό των υπηρεσιών υγείας όπου εργάζονται. Το 21% απάντησε ότι υπάρχει έλλειψη χρόνου λόγω προσωπικών ή οικογενειακών υποχρεώσεων.

Μελέτη σε μεγάλο νοσοκομείο της Δανίας έδειξε ότι οι μετανάστες ασθενείς αισθάνονται ότι δεν υποστηρίχθηκαν επαρκώς από τους επαγγελματίες υγείας και εκφράζουν δυσαρέσκεια σχετικά με τη θεραπεία και τη φροντίδα της υγειονομικής περίθαλψης αλλά και από το σύστημα υγείας στη νέα τους χώρα. Από την άλλη πλευρά, ορισμένοι γιατροί και νοσηλευτές εκφράζουν δυσκολία στην κατανόηση και τη θεραπεία ασθενών μεταναστών και προσφύγων. Η γλώσσα αναφέρεται συχνά ως πολιτιστικό εμπόδιο και από τις δύο πλευρές, λόγω των μεταφραστικών δυσκολιών, καθώς και διαφορετικές αντιλήψεις της ίδιας λέξης. Κατά συνέπεια, ακόμη και όταν δεν υπάρχει πρόβλημα μετάφρασης παρά την παρουσία διαπολιτισμικού διαμεσολαβητή, έννοιες όπως υγεία και ασθένεια μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των μεταναστών ασθενών και των επαγγελματιών υγείας. Διαφορετικές έννοιες της υγείας και ασθένειας μπορεί να οδηγήσουν και πάλι σε διαφορετικές προσδοκίες τόσο από το μέρος του ασθενούς, όσο και του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης (Michaelsen et al 2004).

Μεγάλο μέρος των συμμετεχόντων αντλεί τις πληροφορίες για τους πρόσφυγες και μετανάστες από την τηλεόραση, τις εφημερίδες και γενικότερα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Όσο αναφορά τις αντιλήψεις για τους μετανάστες ασθενείς, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν αν πιστεύουν ότι οι μετανάστες δημιουργούν πρόβλημα στο σύστημα υγείας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών συμφώνησε με την ερώτηση, ενώ από τους νοσηλευτές συμφώνησαν μόνο οι μισοί περίπου. Άλλη μία ερώτηση που έγινε σε αυτόν τον άξονα ήταν αν πίστευαν ότι μετανάστες έκαναν την εργασία τους πιο ενδιαφέρουσα. Οι μισοί νοσηλευτές απάντησαν στην ερώτηση θετικά, ενώ οι ιατροί σε λίγο μικρότερο ποσοστό. Μία ερώτηση αφορούσε το αν οι μετανάστες ασθενείς ήταν περισσότερο απαιτητικοί. Σε αυτήν την ερώτηση οι ιατροί συμφώνησαν μόνο σε ποσοστό 22% και οι νοσηλευτές σε ποσοστό 44%. . (Michaelsen et al 2004)

Στην ίδια μελέτη τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές και οι γιατροί είναι πιο ικανοποιημένοι από την επικοινωνία με μετανάστες ασθενείς από ότι οι βοηθοί νοσηλευτές, αν και πολλοί γιατροί και νοσηλευτές εξακολουθούν να είναι δυσαρεστημένοι. Αυτό μπορεί να γίνει κατανοητό λόγω της ευκολότερης πρόσβασης και χρήσης από ιατρούς και νοσηλευτές των επαγγελματιών διερμηνέων. Βρέθηκε ότι οι βοηθοί νοσηλευτές είναι λιγότερο ικανοποιημένοι. Τα αποτελέσματά της έρευνας έδειξαν ότι αυτή η επαγγελματική ομάδα έχει μικρότερη επαφή και λιγότερες γνώσεις σχετικά με τους μετανάστες ασθενείς. Εδώ πρέπει να τονιστεί ότι οι διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες έχουν διαφορετικά είδη επαφής με τους ασθενείς. Οι λειτουργίες των βοηθών νοσηλευτών μπορεί να οδηγήσουν σε συγκεκριμένα μοτίβα επαφών και εμπειρίες διαφορετικές από τις εμπειρίες άλλων ομάδων. Στην ομάδα γιατρών και νοσηλευτών φαίνεται ότι περισσότερο οι ηλικιωμένοι γιατροί παρά οι νεότεροι είναι ικανοποιημένοι με την επαφή τους με τους ασθενείς. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι διαθέτουν μεγαλύτερη εμπειρία και μεγαλύτερους πόρους (π.χ. μεγαλύτερη ψυχολογική και πνευματική ωριμότητα) και ίσως γιατί έχουν πιο ρεαλιστικές προσδοκίες. (Michaelsen et al 2004)

Πολύ σημαντικό είναι και το εύρημα ότι οι επαγγελματίες υγείας με καλύτερο μορφωτικό επίπεδο έχουν πιο θετική στάση απέναντι στους πρόσφυγες και μετανάστες ασθενείς, ενώ οι εργαζόμενοι με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο έχουν περισσότερες αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές προς αυτούς. (Michaelsen et al 2004).

Σε μελέτη των Hultsjö and Hjelm (2005) βρέθηκε ότι η περιορισμένη γνώση του προσωπικού για διαφορετικούς πολιτισμούς προκαλεί πολλές φορές δυσκολίες στο προσωπικό υγείας, όταν αντιμετωπίζουν άτομα με ποικίλες πολιτισμικές παραδόσεις. Μία έρευνα μεταξύ γενικών ιατρών σε μια βιομηχανική πόλη στην Αγγλία, στην οποία παραδοσιακά υπάρχει μεταναστευτική εργασία, διερεύνησε την αντίληψη του γενικού ιατρού GP σχετικά με τους μετανάστες ασθενείς. Βρήκε ότι οι διαβουλεύσεις με τους Ασιάτες ήταν λιγότερο ικανοποιητικές και πιστεύεται ότι συμμετείχαν σε χειρουργικές επεμβάσεις πιο συχνά. Τέλος, θεωρεί ότι απαιτούν μεγαλύτερες διαβουλεύσεις και ήταν πολύ λιγότερο συμμορφωμένοι με τις οδηγίες από τους μη Ασιάτες ασθενείς. (WanAhmad Baker and Kernohan 1991).

Μια άλλη μελέτη εξέτασε σε ποιο βαθμό η φυλή των ασθενών και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση επηρεάζουν τους ιατρούς και τις αντιλήψεις τους. Βρέθηκε ότι οι έγχρωμοι ασθενείς ήταν πιο πιθανό να θεωρηθούν ότι διατρέχουν κίνδυνο μη συμμόρφωσης και οι γιατροί αξιολόγησαν τους έγχρωμους ασθενείς ως λιγότερο έξυπνους από τους λευκούς ασθενείς, ακόμα και όταν είναι στο ίδιο επίπεδο οι ασθενείς όσο αφορά το φύλο, την ηλικία, το εισόδημα και την εκπαίδευση. Επιπλέον, η μέση διάρκεια συνάντησης που αναφέρεται από τους ιατρούς ήταν σημαντικά μικρότερη για τους έγχρωμους από ότι για τους λευκούς ασθενείς. Επίσης, αναφέρεται ότι οι γιατροί είχαν λιγότερο χρόνο να ενσωματώσουν τις εξατομικευμένες πληροφορίες για τους μειονοτικούς ασθενείς τους και επισημαίνεται το γεγονός ότι οι γιατροί μπορεί να βασίζονται σε στερεότυπα και προσδοκίες. (Ryn and Burke-Miller 2020)

Σε μελέτη των Terraza-Núñez et al (2011) βρέθηκαν συναισθήματα δυσφορίας, ενόχλησης, εξάντλησης, ανησυχίας και εκνευρισμού των επαγγελματιών υγείας. Άλλοι ανέφεραν ότι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε άτομα με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο και ότι χρειάζονται εκπαίδευση και υποστήριξη. Καθώς οι υποδομές, οι υπηρεσίες και τα πρωτόκολλα έχουν δημιουργηθεί για τους γηγενείς κατοίκους και όχι για άτομα με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα. Επίσης, δημιουργούνται προβλήματα στην ανακοίνωση δυσάρεστων νέων, όπως και στον τρόπο έκφρασης των συναισθημάτων τους. (Hakonsen, Toverud and Lees 2014).

Στη μελέτη των Τριγώνη και συν. (2017) για τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους μετανάστες, που έγινε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ηρακλείου Κρήτης, διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν διακρίσεις και περίεργες

συμπεριφορές από μικρό ποσοστό επαγγελματιών υγείας. Άλλες φορές αναφέρθηκε ότι η συμπεριφορά του προσωπικού είναι ανάλογη με την συμπεριφορά των μεταναστών. Βέβαια οι μισοί από τους ερωτώμενους δήλωσαν ότι δεν υπάρχουν διακρίσεις στην παροχή φροντίδας στους μετανάστες, αλλά αντιμετωπίζονται με ευαισθησία, ενσυναίσθηση, ευγένεια, ενδιαφέρον και προσπάθεια κατανόησης, γιατί κατά τη γνώμη τους όλοι οι ασθενείς πρέπει να έχουν την ίδια μεταχείριση. Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν και ηθικά διλήμματα κατά τη φροντίδα μεταναστών που τις περισσότερες φορές δεν έχουν έγγραφα. Δηλώνουν βέβαια ότι λειτουργούν πάντα με ευσυνειδησία και σύμφωνα με τη δεοντολογία του επαγγέλματος τους και παρέχουν φροντίδα υγείας, ακόμα και σε ανασφάλιστους. (Τριγώνη και συν. 2017)

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας έχουν θετική συμπεριφορά και συναισθήματα απέναντι σε πληθυσμούς με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα, εκτός από μια μικρή ομάδα επαγγελματιών που δήλωσε ότι έχει αρνητικά συναισθήματα λόγω φόρτου εργασίας, κούρασης, έλλειψης επικοινωνίας και υπερβολικών απαιτήσεων από μέρος των μεταναστών. (Τριγώνη και συν. 2017)

Σε μελέτη του Milionis (2019) στην Αθήνα και κεντρική Ελλάδα οι συμμετέχοντες υγειονομικοί κατέταξαν τα εμπόδια στην παροχή φροντίδας υγείας σε μετανάστες, σε τέσσερις κατηγορίες: α) Εμπόδια στην επικοινωνία επαγγελματιών και ασθενών, β) Προβλήματα που απορρέουν από τα χαρακτηριστικά των μεταναστών, γ) Λειτουργικές και διαρθρωτικές αστοχίες του συστήματος υγείας, δ) Υποκειμενικές ανησυχίες και παρανοήσεις του προσωπικού. Επίσης, θεωρούν ότι οι συνεχείς επαφές με τους μετανάστες, μπορεί να επηρεάσουν τη στάση και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι σε άτομα με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο, είτε θετικά είτε αρνητικά. Έχουν παρατηρήσει ότι τα αρχικά αρνητικά συναισθήματα που είχαν, μετά τις πρώτες επαφές μειώθηκαν με την απόκτηση εμπειρίας από αυτές.

Στη μελέτη Qualicorp στην Σλοβενία το 2011, βρέθηκε ότι οι απόψεις των υγειονομικών επηρεάζονται πολλές φορές αρνητικά, από τα προσωπικά τους στερεότυπα. Επίσης, πολλές φορές λόγω μεγαλύτερης επιβάρυνσης εξαιτίας των μεταναστών εκφράζουν αρνητικές στάσεις και απόψεις. Ένα σημαντικό εύρημα της έρευνας είναι και το ότι οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας είναι αρνητικότερες για τους ψυχικά ασθενείς, όπως και για τους μετανάστες πρώτης γενιάς. (Sekulić et al 2011).

Στην έρευνα της Dias και των συνεργατών της στην Πορτογαλία (2012), καταδείχθηκε ότι σημαντικό ποσοστό των επαγγελματιών υγείας έχουν αρνητικές στάσεις, απόψεις και αντιλήψεις για τους μετανάστες ασθενείς. Οι στάσεις, απόψεις και αντιλήψεις τους, διαφέρουν ανάλογα με την ομάδα των ασθενών που έχουν απέναντι τους, αλλά και ανάλογα με τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών κάθε φορά. Επίσης, βρέθηκε ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία επαγγελματίες υγείας, είχαν λιγότερο θετική στάση απέναντι στους πρόσφυγες και μετανάστες λόγω προσήλωσης σε συντηρητικούς κανόνες, ενώ οι νεότεροι επαγγελματίες υγείας ήταν πιο ανεκτικοί στη διαφορετικότητα των ωφελούμενων και είχαν περισσότερες θετικές στάσεις, απόψεις και αντιλήψεις για την παροχή φροντίδας υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες.

Στην ίδια έρευνα βρέθηκε ότι από όλες τις ομάδες εργαζομένων στην υγεία, η ομάδα των διοικητικών είχε τις λιγότερο θετικές στάσεις, απόψεις και αντιλήψεις για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες, λόγω των διαδικασιών που έπρεπε να διεκπεραιώσουν και της χαμηλού επιπέδου επικοινωνίας μεταξύ τους. Το ίδιο αναφέρθηκε και για τους εργαζόμενους με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, δηλαδή ότι είναι λιγότερο ανεκτικά και εμφανίζουν περισσότερες αρνητικές συμπεριφορές, στάσεις και αντιλήψεις σε άτομα με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. (Dias 2012)

Σε αντίθεση με πολλές άλλες έρευνες στην συγκεκριμένη αναδείχθηκε, ότι οι συχνές επαφές με άτομα με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα δεν αποφέρουν θετικές στάσεις αντιλήψεις και συναισθήματα. Αντίθετα, η αλληλεπίδραση με τους μετανάστες θεωρήθηκε δύσκολη, με πολλά προβλήματα και δημιουργήσε συναισθήματα άγχους, απογοήτευσης και υπερφόρτωσης στους επαγγελματίες υγείας. (Dias 2012)

Σημαντικό εύρημα της έρευνας είναι ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα υγείας, θεωρούν ότι έχουν μέτριες ή χαμηλές γνώσεις και δεξιότητες για να εργαστούν με τον προσφυγικό και μεταναστευτικό πληθυσμό και ότι χρειάζονται ειδική εκπαίδευση και επιμόρφωση για να ενισχυθούν οι γνώσεις τους σχετικά με την διαπολιτισμική παροχή φροντίδας υγείας (πολιτισμικές πεποιθήσεις, συμπεριφορές, στερεότυπα, πρακτικές). (Dias 2012)

Μία έρευνα σε νοσοκομείο της Δυτικής Μακεδονίας που αφορούσε τις «απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού για τους ασθενείς με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα» έδειξε ότι οι νοσηλευτές είναι εξοικειωμένοι με ασθενείς με

διαφορετική πολιτισμικότητα, και μάλιστα το 50% περίπου δήλωσε ότι γνωρίζει τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Ένα σημαντικό εύρημα της έρευνας είναι ότι πολλοί θεωρούν ότι δεν γίνονται διακρίσεις σε βάρος των ασθενών εξαιτίας της διαφορετικής εθνικότητάς τους, αλλά υφίσταται ρατσιστική συμπεριφορά και υπάρχει διαχωρισμός των ασθενών εξαιτίας της πολιτισμικής τους διαφορετικότητας. Πολύ μεγάλο ποσοστό (90,7%) των ερωτώμενων δήλωσε ικανό να προσεγγίζει και να παρέχει φροντίδα με σεβασμό και ευαισθησία στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των ασθενών με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα, ενώ αρκετά μεγάλο ποσοστό (54,2%) των νοσηλευτών δήλωσε ότι συνεργάζεται αρμονικά με επαγγελματίες υγείας διαφορετικής πολιτισμικής κουλτούρας. Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας που είχαν υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης ανταποκρίθηκαν περισσότερο στο να εφαρμόσουν ένα ευαίσθητο πολιτισμικά πρόγραμμα εκπαίδευσης και συμβουλευτικής, σε αντίθεση με το βοηθητικό προσωπικό Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. (Μανομενίδης 2009)

Επίσης το 53,5% δήλωσε ότι αντιμετωπίζει μεγάλη δυσκολία στη χρήση μη λεκτικών εκφράσεων και χειρονομιών (νοηματική), με αποτέλεσμα να δημιουργείται σημαντικό κενό στην αποτελεσματική επικοινωνία με ομάδες διαφορετικής κουλτούρας. Όλοι οι ερωτώμενοι, ανεξάρτητα από το μορφωτικό τους επίπεδο, τόνισαν τη σημασία της εκπαίδευσης και επιμόρφωσης πάνω στη διαπολιτισμική φροντίδα υγείας και ζήτησαν να υπάρξει περαιτέρω επιμόρφωση στο σημείο αυτό. (Μανομενίδης 2009)

Άλλες έρευνες αποκάλυψαν ότι η επίδραση των πολιτισμικών διαφορών εκτείνεται πέρα από τη σχέση επαγγελματιών υγείας με ασθενή, υπάρχει αλληλεπίδραση με τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς. (Sandhu et al 2012)

Οι Jirwe Gerrish and Emami (2010) σε έρευνα τους σε τελειόφοιτους φοιτητές πανεπιστημίου της Σουηδίας βρήκαν ότι το άγχος μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι μεγαλύτερο όταν συναντούν μία εντελώς άγνωστη κατάσταση, όπως η συνάντηση με έναν ασθενή από χώρα που δεν έχουν συναντήσει πριν ή αντιμετωπίζουν συμπεριφορές που δεν έχουν ξανασυναντήσει. Σύμφωνα με άλλους, ο ρόλος του φύλου μεταξύ των μεταναστών δημιουργεί πρόβλημα, καθώς εμποδίζει την άμεση επαφή με γυναίκες ασθενείς (χωρίς την παρουσία του πατέρα ή του συζύγου) ή απαιτεί την παροχή φροντίδας από τα μέλη του προσωπικού του ίδιου φύλου. (Hultsjö and Hjelm 2005)

Σε μελέτη των Hultsjö and Hjelm (2005) σε 35 νοσηλευτές, οι οποίοι εργάζονταν σε τμήμα επειγόντων περιστατικών σε νοσοκομείο της Σουηδία, αναφέρθηκαν σε προβλήματα στις επαφές με τους συγγενείς των μεταναστών, προβλήματα εξαιτίας των διαφορών της κουλτούρας σε σχέση με το φύλο, ελλείψεις μεταφραστών, προβλήματα επικοινωνίας, έλλειψη γνώσης για το σύστημα υγείας και κατάχρηση του τμήματος επειγόντων περιστατικών, προβλήματα με δραματοποίηση των προβλημάτων για απόκτηση ασύλου. Επίσης, ανέφεραν διαφορετική συμπεριφορά των μεταναστών ασθενών λόγω διαφορών στην κουλτούρα, δήλωσαν ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν τις απαραίτητες δεξιότητες για παροχή διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν πως κάποιες φορές ήρθαν αντιμέτωποι με καταστάσεις επικίνδυνες, όπως περιστατικά τα οποία περιλάμβαναν βία και χρήση ναρκωτικών ουσιών. (Hultsjö and Hjelm 2005)

Στην πολύ μεγάλη βιβλιογραφική έρευνα του Robertshaw (2017) και άλλων σε 5970 έρευνες και άρθρα στο θέμα αυτό, οι ερευνητές ταξινόμησαν τις στάσεις, τις γνώμες και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις προκλήσεις και το τί χρειάζεται για την διευκόλυνση σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες σε τρεις κατηγορίες:

- α) Στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, όπου χρειάζεται αύξηση της εκπαίδευσης, της καθοδήγησης, της επαγγελματικής υποστήριξης, της οργάνωσης, των πόρων και της διασύνδεσης με άλλες υπηρεσίες και φορείς,
- β) Στην καθαυτή υγειονομική συνάντηση, όπου απαραίτητες είναι, η επικοινωνία, η σχέση εμπιστοσύνης, η πολιτισμική κατανόηση, ο χρόνος και άλλα,
- γ) Στο άσυλο και την επανεγκατάσταση.





Πηγή: US National Library of Medicine- National Institute of Health

**Εικόνα 5.** Ιεράρχηση αναγκών μεταναστών και προσφύγων

Στη μελέτη των Høye and Severinsson (2008), το γυναικείο προσωπικό επεσήμανε τον κυρίαρχο ρόλο κάποιου άνδρα μετανάστη ως απειλή για την ταυτότητά τους και έλλειψη σεβασμού. Στην ίδια μελέτη, οι νοσηλεύτριες εξέφρασαν αβεβαιότητα σχετικά με το να ζητούν από τις γυναίκες ασθενείς να εκθέσουν μέρη του σώματός τους. Οι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν ότι οι μετανάστες δείχνουν έλλειψη εμπιστοσύνης στους υγειονομικούς, ότι συχνά ζητούν να τους εξετάσει άλλο μέλος του προσωπικού για λόγους θρησκευτικούς, πολιτικούς και από το φόβο των διακρίσεων και ότι οι πατριαρχικές πολιτιστικές πρακτικές από την πλευρά ορισμένων ομάδων μεταναστών επιβάλλουν το ρόλο των πατέρων ή ανδρών σαν τις μοναδικές αρχές για την παροχή και λήψη ιατρικών πληροφοριών για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και τη λήψη των αποφάσεων για θέματα υγείας (Kalengayi 2012).

Στην μεγάλη πανευρωπαϊκή έρευνα (16 χώρες) των Priebe et al (2011), σε επαγγελματίες υγείας, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε ότι η μεταχείριση των προσφύγων και μεταναστών δεν διαφέρει από την μεταχείριση που απολαμβάνει ο γηγενής πληθυσμός. Επίσης, τόνισαν τη σημασία των τακτικών συναντήσεων του προσωπικού για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν στην προσφορά υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες. Θεώρησαν αναγκαίο το μέτρο της δημιουργίας μιας βάσης δεδομένων με το ιατρικό και το τυχόν ψυχιατρικό

ιστορικό όλων των προσφύγων και των μεταναστών. Μεγάλο μέρος των συμμετεχόντων ζήτησαν να γίνουν μαθήματα κατάρτισης σε θέματα διαπολιτισμικής υγείας καθώς και πολιτισμικής ευαισθησίας. (Priebe et al 2011)

Σε έρευνα των Ποτουρίδου και Προκοπίου του 2007, σε 120 επαγγελματίες υγείας στα νοσοκομεία «Ιπποκράτειο» και «Παπαγεωργίου» της Θεσσαλονίκης, οι συμμετέχοντες δήλωσαν, μεταξύ άλλων, ότι οι μετανάστες ασθενείς υφίστανται ρατσιστική συμπεριφορά σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι γηγενείς. Παρότι το 40% αυτών θεωρεί ότι οι δημόσιοι χώροι και υπηρεσίες είναι αρκετά ανοιχτοί σε μετανάστες, το 75% δήλωσε ότι οι μετανάστες δεν αντιμετωπίζονται ισότιμα σε σχέση με άλλες ομάδες του πληθυσμού. (Τριγώνη και συν. 2017)

Στην μελέτη των Ozolins & Hjelm (2003) σε νοσοκομείο στη Σουηδία, οι ερωτώμενοι δήλωσαν πως οι μετανάστες ασθενείς έδειχναν λιγότερο σεβασμό στις απόψεις και στις συμβουλές του νοσηλευτικού προσωπικού από ότι στις γνώμες των ιατρών. Ακόμη ότι συναντούσαν μεγάλα προβλήματα με τους συγγενείς των ασθενών, όπως άρνηση της ασθένειας ή άρνηση αποδοχής ιατρικής βοήθειας. Αρκετοί ανέφεραν δυσκολίες σχετικά με το ρόλο των φύλων. Εδώ αναφέρθηκαν καταστάσεις τις οποίες οι νοσηλευτές εξέλαβαν ως αρνητικές και υποτιμητικές απέναντι στις γυναίκες ασθενείς, όπως και προβλήματα που σχετίζονται με την έλλειψη επικοινωνίας και την διαφορά κουλτούρας. (Ozolins and Hjelm, 2003)

Στη μελέτη των Jakič and Pavlič (2016) στη Σλοβενία, αναφέρθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας συνήθως συναντούν προβλήματα στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες λόγω πολιτισμικής διαφοράς, λόγω χαμηλού επιπέδου επικοινωνίας, λόγω επιπλέον φόρτου εργασίας, πράγμα που δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα στους επαγγελματίες υγείας. (Jakič and Pavlič, 2016)

### **1.13. ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ**

Οι μετανάστες αποτελούν μια ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα με ξεχωριστές ανάγκες σε σχέση με τους μόνιμους κατοίκους. Πολλές χώρες, αλλά και η Ελλάδα, δεν έχουν καταφέρει να αναπτύξουν τις κατάλληλες πρακτικές για την καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των μεταναστών. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητο να διαμορφωθούν και να εφαρμοστούν οι κατάλληλες πολιτικές υγείας

που θα δώσουν τη δυνατότητα στους μετανάστες αφενός να βελτιώσουν την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας και αφετέρου να χρησιμοποιήσουν σωστά τις υπηρεσίες υγείας, επιτυγχάνοντας έτσι καλύτερα αποτελέσματα στα θέματα της υγείας τους. (Γαλάνης και συν. 2020)

Σύμφωνα με διάφορες μελέτες και βασικά την μελέτη των Priebe et al. (2011), Health promotion for improved refugee and migrant health σε 16 Ευρωπαϊκές χώρες, αναφέρθηκαν διάφορες καλές πρακτικές που διαμορφώθηκαν κατά τη διάρκεια της παροχής φροντίδας υγείας στους μετανάστες. Η εφαρμογή των καλών πρακτικών βέβαια, απαιτεί αρκετούς πόρους, οργανωτική ευελιξία, θετική στάση, κατάρτιση του προσωπικού και παροχή πληροφοριών.

### **1.13.1.Οργανωτική ευελιξία με επαρκή χρόνο, πόρους και εξατομίκευση της περίθαλψης.**

Συχνά χρειάζεται να υπάρχει διπλός χρόνος ραντεβού (εξέτασης) για να νιώσουν οι ωφελούμενοι ότι ακούστηκαν και κατανοήθηκαν τα λεγόμενα τους. Όταν ο χρόνος είναι αρκετός, το προσωπικό μπορεί να ασχοληθεί με διοικητικά και άλλα θέματα, αφήνοντας αρκετό χρόνο στον ειδικό για την ιατρική-θεραπευτική διαδικασία. Σημαντικές είναι και οι συναντήσεις του προσωπικού όπου συζητούν για τα προβλήματα στην παροχή φροντίδας σε ωφελούμενους. Πολλές φορές οι ειδικοί αντιμετωπίζουν απαγορεύσεις και προβλήματα στη θεραπεία ωφελουμένων χωρίς επίσημα έγγραφα. Τότε συνήθως τους παραπέμπουν σε διάφορες μη κυβερνητικές οργανώσεις, οι οποίες μπορούν να τους παρέχουν φθηνά αντίγραφα της θεραπείας που χρειάζονται, ή να τους παρέχουν μέχρι και ιατρική βοήθεια, όπως π.χ. οι γιατροί του κόσμου ή συνταγογραφούν για τον εαυτό τους και άλλα. Αρκετοί από το προσωπικό ανέφεραν ότι πρώτα θα προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στους ωφελούμενους και μετά θα ασχοληθούν με το αν δικαιούνται ασφάλιση. (Priebe et al 2011)

Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να διαθέτουν επαρκείς πόρους για να καλύψουν τις περίπλοκες ανάγκες των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο. Αυτό πρέπει να περιλαμβάνει την παροχή κατάλληλης κατάρτισης σε τομείς πολιτιστικής επάρκειας, πολιτικές ασύλου και διαδικασίες και συνθήκες υγείας. (Robertshaw 2017)

### **1.13.2.Καλές υπηρεσίες διερμηνείας**

Εδώ οι περισσότερες γνώμες των ερωτώμενων ήταν ότι είναι απαραίτητη μια ποιοτική υπηρεσία διερμηνείας, με διαπολιτισμικό διαμεσολαβητή που να γνωρίζει άριστα τη γλώσσα και το πολιτισμικό υπόβαθρο του εξεταζομένου, αλλά και να έχει αρκετές γνώσεις ιατρικής (ορολογία κλπ). (Interhealth 2016)

Άλλοι θεωρούν τα προγράμματα εκμάθησης της γλώσσας της χώρας υποδοχής σαν την καλύτερη μακροπρόθεσμη λύση. Πολλοί θεωρούν σαν καλύτερη λύση τη χρησιμοποίηση συγγενών και φίλων παρά την παρουσία διαμεσολαβητή γιατί τους εμπιστεύονται περισσότερο. Συχνά καταφεύγουν στη λύση να παίρνουν πληροφορίες από ηλεκτρονικές πηγές με ιατρικές πληροφορίες στη γλώσσα τους. (Priebe et al 2011)

Συχνή είναι και η τηλεφωνική διερμηνεία με τη βοήθεια προξενείων, ΜΚΟ, φίλων, όπως και η χρήση του διαδικτύου για μετάφραση, ή η χρήση της γλώσσας του σώματος. (Τριγώνη και συν. 2017)

Σύμφωνα με την έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας του 2018 με τίτλο «Health promotion for improved refugee and migrant health», η γλώσσα μεσολαβεί στις περισσότερες σχέσεις επαγγελματία υγείας και ασθενή, η αποτελεσματική διαπολιτισμική επικοινωνία υγείας είναι μια σημαντική πτυχή της πολιτιστικής ικανότητας.

Η αξιοποίηση δίγλωσσων και διαπολιτισμικών επαγγελματιών υγείας, καθώς και η χρήση διερμηνέων και πολιτιστικών διαμεσολαβητών, ήταν το επίκεντρο πολλών ερευνών. Μελέτες έχουν δείξει ότι όταν οι δίγλωσσοι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας δεν είναι διαθέσιμοι, οι επίσημοι διερμηνείς θεωρούνται παρεμβάσεις βέλτιστης πρακτικής για διαπολιτισμικές διαβουλεύσεις από χρήστες υπηρεσιών μεταναστών, γενικούς ιατρούς και σχεδιαστές υπηρεσιών υγείας. Οι εργαζόμενοι πρέπει να διασφαλίζουν ότι διατίθεται επαρκής χρόνος για ραντεβού με πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο, επιτρέποντας χώρο για οικοδόμηση εμπιστοσύνης, επικοινωνία και πολιτιστική κατανόηση. Θα πρέπει να αναπτύξουν υποδομές για να διασφαλίσουν ότι παρέχονται έγκαιροι εκπαιδευμένοι διερμηνείς για συναντήσεις. Όπου το επιτρέπουν οι πόροι, οι εκπαιδευμένοι διερμηνείς θα πρέπει να είναι διαθέσιμοι πρόσωπο με πρόσωπο και απομακρυσμένες επιλογές (π.χ. μέσω τηλεφώνου), ανάλογα με τις προτιμήσεις των ασθενών. (Robertshaw 2017)

### **1.13.3.Δουλεύοντας με κοινωνικές υπηρεσίες και την οικογένεια**

Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες πρότειναν την συνεργασία των κοινωνικών υπηρεσιών με τις οικογένειες σαν παράδειγμα καλής πρακτικής σχετικά με τη φροντίδα υγείας. Βασικό θέμα ήταν η αλληλεπίδραση μεταξύ τους και ο διαμοιρασμός της πληροφορίας. Επίσης, θεωρήθηκε σημαντικό η καλή επικοινωνία των μεταναστών και προσφύγων με την τοπική αλλά και την ευρύτερη κοινότητα και όχι η απομόνωση τους. Συχνά οι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν να φέρουν σε επαφή τους ασθενείς με τους συγγενείς τους, ακόμα και αν βρίσκονται σε άλλο κράτος. Προσπαθούν να τους βοηθήσουν τόσο με τα προσωπικά, όσο και με τα κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα τους. Ενθάρρυναν συχνά τους μετανάστες και πρόσφυγες ασθενείς να έρθουν σε επαφή με οργανώσεις που βοηθούν μετανάστες, ΜΚΟ κλπ. (Priebe et al 2011)

Σημαντική θεωρείται η ύπαρξη και η καλή στελέχωση των κοινωνικών υπηρεσιών των μονάδων υγείας, όπως και η συνεργασία με διάφορους οργανισμούς, η μείωση της γραφειοκρατίας, η δημιουργία υποστηρικτικών δομών, η καταγραφή και η ασφάλιση των μεταναστών για τη διαφύλαξη των στοιχειωδών δικαιωμάτων τους. (Τριγώνη και συν. 2017)

Μια άλλη πρόταση είναι η οργάνωση γραφείου μεταναστών σε όλες τις μονάδες υγείας που να απευθύνεται σε μετανάστες και να τους βοηθά στις διαδικασίες και σε άλλα προβλήματα. (Τριγώνη και συν. 2017)

### **1.13.4.Πολιτισμική ευαισθησία των επαγγελματιών υγείας**

Σύμφωνα με την τεχνική έκθεση του παγκόσμιου οργανισμού υγείας του 2018 για την υγεία των προσφύγων, σημαντικό θέμα είναι ότι οι ομάδες προσφύγων και μεταναστών δεν είναι ομοιογενείς με διαφορετικό επίπεδο παιδείας και ότι ο γραμματισμός υγείας συνδέεται με άλλους δημογραφικούς και κοινωνικούς παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το εθνικό υπόβαθρο και η πρόσβαση σε κοινωνικά υποστηρικτικά δίκτυα. Η προσοχή στα πολιτιστικά πλαίσια της πολιτικής υγείας και των υπηρεσιών φροντίδας είναι, επιβεβλημένη, καθώς ακόμη και η καλύτερη ιατρική περίθαλψη είναι περιορισμένη εάν η παροχή της δεν ανταποκρίνεται στις προτεραιότητες και τις ανάγκες εκείνων που επιδιώκει να εξυπηρετήσει.

Σαν καλή πρακτική θεωρείται η εκπαίδευση των επαγγελματιών σε διαφορετικές πολιτισμικές και θρησκευτικές πρακτικές. Η πανεπιστημιακή εκπαίδευση πρέπει να περιλαμβάνει μαθήματα σχετικά με τις ειδικές ασθένειες του μεταναστευτικού πληθυσμού και τη θεραπεία τους, όπως και πληροφορίες για τα πολιτισμικά και θρησκευτικά τους πρότυπα και ταμπού. (Priebe et al 2011)

Μια καλή πρακτική για την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας είναι και η οργάνωση διαλέξεων και σεμιναρίων, για την αντιμετώπιση του ρατσισμού, των προκαταλήψεων και της ξеноφοβίας. (Τριγώνη και συν. 2017)

Μια άλλη την οποία ανέφεραν πολλοί και θεώρησαν σημαντική είναι η ανάπτυξη τεχνογνωσίας για την μεταχείριση των μεταναστών ασθενών, μέσω της έκθεσης και της εμπειρίας που αποκτάται από αυτήν, από την τοποθέτηση σε μια πολυπολιτισμική κοινότητα κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας. (Priebe et al 2011)

#### **1.13.5. Εκπαιδευτικά προγράμματα και πληροφοριακό υλικό για τους μετανάστες και επαγγελματίες υγείας**

Σαν μια άλλη καλή πρακτική αναφέρθηκε η δημιουργία διδακτικών προγραμμάτων και ενημερωτικού υλικού για τους μετανάστες, σχετικά με το σύστημα υγείας της χώρας υποδοχής. Αυτό θα ήταν χρήσιμο για την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας και στην αναζήτηση της καλύτερης θεραπείας. Επίσης, έγιναν προτάσεις για τη διεξαγωγή διαλέξεων, διανομή φυλλαδίων, στην κοινότητα των μεταναστών από το προσωπικό, για διάφορα θέματα που άπτονται της παροχής υγείας, όπως ο τρόπος λειτουργίας του συστήματος υγείας, εκπαίδευση σε υγιεινό τρόπο ζωής και άλλα. Αυτό θεωρούν οι επαγγελματίες υγείας θα μειώσει τους χρόνους εξέτασης και περίθαλψης και θα απελευθερώσει χρόνο για την άμεση φροντίδα και θεραπεία των ασθενών. (Priebe et al 2011, Milionis 2019)

Σύμφωνα με την έρευνα Interhealth,(2016) είναι απαραίτητη η ανάπτυξη και διδασκαλία ορισμένων ενοτήτων στα Προγράμματα σπουδών για την απόκτηση των απαραίτητων διαπολιτισμικών δεξιοτήτων από μελλοντικούς εργαζομένους για θέματα που αφορούν τις διαθρησκευτικές δεξιότητες, τη διαπολιτισμική επικοινωνία και παροχή συμβουλών, τη διαπολιτισμική ψυχολογία, την αυτογνωσία για τους επαγγελματίες υγείας και τη διαχείριση σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης, προτείνεται η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στα θέματα της βίας λόγω φύλου στις μετανάστριες και τους ανηλίκους, της ευαισθητοποίησης του υγειονομικού προσωπικού σχετικά με τα δικαιώματα και τους μηχανισμούς

πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη των μεταναστών και προσφύγων, στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας στην επικοινωνία με τους ασθενείς και το οικογενειακό τους περιβάλλον.

#### **1.13.6.Θετικές και σταθερές σχέσεις μεταναστών με το προσωπικό**

Ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται η ύπαρξη θετικής σχέσης του προσωπικού με τους μετανάστες ασθενείς, η οποία να περιλαμβάνει, ζεστή υποδοχή, σεβασμό στο πρόσωπο τους και τα πιστεύω τους, προσεκτική εξέταση, να καταλαβαίνει ο ασθενής ότι τον ακούν και τον κατανοούν, να μην αισθάνεται απομονωμένος το προσωπικό να είναι δίκαιο, να έχει εποικοδομητική στάση. Επίσης σημαντική θεωρείται η συνεκτικότητα του προσωπικού. (Priebe et al 2011)

#### **1.13.7.Σαφής καθορισμός ορίων στα δικαιώματα των διαφορετικών ομάδων μεταναστών**

Άλλη καλή πρακτική θεωρείται ότι πρέπει να υπάρχουν κατευθυντήριες γραμμές και ακριβείς πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματα των μεταναστών στην υγειονομική περίθαλψη και διασαφήνιση των νομικών θεμάτων και επιπλοκών που μπορεί να ανακύψουν. Πολλές φορές από τη χώρα υποδοχής επιτρέπεται η παροχή φροντίδας μόνο σε κατάσταση απειλητική για τη ζωή του ατόμου. Χρειάζεται όμως διαφάνεια για το τι θεωρείται απειλητική κατάσταση για τη ζωή. (Priebe et al 2011)

#### **1.13.8.Αύξηση της χρήσης νέων τεχνολογιών στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε ομάδες με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο.**

Μια άλλη καλή πρακτική θεωρείται η χρήση νέων τεχνολογιών από τους επαγγελματίες υγείας. Στην έρευνα του προγράμματος InterHealth (2016) οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν έδειξαν μεγάλο ενδιαφέρον για την απόκτηση νέων γνώσεων σχετικά με το θέμα. Ωστόσο, παρατηρούνται διαφορές στη χρήση νέων τεχνολογιών και στην τεχνογνωσία που οφείλεται στην ηλικία. Οι μεγαλύτεροι από τα 45 έτη είναι λιγότερο δεκτικοί στη χρήση νέων τεχνολογιών. Ενώ οι μικρότεροι από 45 έτη επαγγελματίες υγείας οι οποίοι διαθέτουν και την απαραίτητη γνώση, αλλά και είναι και πάρα πολύ δεκτικοί στις νέες τεχνολογίες. Αναπτύχθηκε μια εφαρμογή στην διάρκεια της έρευνας, η IHApp, μέσα από την οποία οι επαγγελματίες υγείας είναι σε θέση να προσδιορίσουν τις προκλήσεις που

σχετίζονται με τις διαφορετικές διαστάσεις των διαπολιτισμικών συνθηκών κατά την παροχή φροντίδας υγείας.

#### **1.13.9.Ενημέρωση των μεταναστών και προσφύγων ασθενών για τα δικαιώματα τους από τους αρχές και τους επαγγελματίες υγείας**

Οι ερωτώμενοι επαγγελματίες υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί και άλλοι που δουλεύουν σε καθημερινή βάση με μετανάστες και πρόσφυγες, συμφώνησαν στο γεγονός ότι αυτές οι ομάδες ανθρώπων έχουν ελλιπή πληροφόρηση για τα δικαιώματά τους και ότι οι αρχές υγείας σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο πρέπει να ενημερώνουν τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με το νομικό πλαίσιο και αυτοί με τη σειρά τους να ενημερώνουν τα άτομα αυτά. (Τριγώνη et al 2017)

#### **1.13.10 Η προσαρμογή των διαπολιτισμικών ικανοτήτων σε καθημερινή πρακτική σε ιατρικό περιβάλλον**

Τα πρωτόκολλα δράσης σε ιατρικό περιβάλλον πρέπει να βελτιωθούν και να προσαρμοστούν στις νέες κοινωνικές πραγματικότητες, και να γίνει προσαρμογή των διαπολιτισμικών ικανοτήτων σε καθημερινή πρακτική σε ιατρικό περιβάλλον

#### **1.13.11. Δημιουργία ειδικών ομάδων υποδοχής προσφύγων και μεταναστών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας**

Σύμφωνα με την έρευνα της Interhealth (2016) χρειάζεται η δημιουργία ομάδων υποδοχής που να αποτελούνται από ιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους και διερμηνείς για να μπορεί να βοηθήσει και τους διαπολιτισμικούς ασθενείς, αλλά και τους επαγγελματίες υγείας. Θεωρούν ότι και οι ασθενείς θα αισθάνονται πιο άνετα και θα είναι καλύτερα ενημερωμένοι αλλά και οι επαγγελματίες υγείας θα είναι περισσότερο ενημερωμένοι για τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες των διαπολιτισμικών ασθενών.

#### **1.13.12.Ανταλλαγή εμπειριών και γνώσεων σχετικά με διαπολιτισμικά θέματα και την υγεία μέσα στο σύστημα υγείας**

Υπάρχουν πολλές εκδόσεις, χάρτες, έρευνες, εργασίες και εμπειρίες πάνω στο θέμα διαπολιτισμικών ικανοτήτων στη φροντίδα υγείας στην παγκόσμια βιβλιογραφία, σύμφωνα με την έρευνα interhealth (2016). Ωστόσο πάντα υπάρχει



ανάγκη διασύνδεσης με τις νέες τεχνολογίες και δημιουργίας καναλιών για ανταλλαγή εμπειριών και γνώσεων.

#### **1.13.13.Αλλαγές στη λειτουργία του συστήματος υγείας**

Στην έρευνα του (Milionis 2019) προτάθηκε να γίνουν πιο προσβάσιμες οι υπηρεσίες υγείας στο διαπολιτισμικό πληθυσμό, προσλαμβάνοντας επιπλέον προσωπικό, αυξάνοντας το ωράριο των μονάδων υγείας και τέθηκε και το θέμα της ασφάλισης των μεταναστών και προσφύγων. (Milionis 2019,Τριγώνη και συν. 2017, Robertshaw 2017)

#### **1.13.14. Συνεργασία με φορείς, υπηρεσίες και οργανισμούς**

Συνεργασία με διάφορους οργανισμούς (ΜΚΟ, υπηρεσίες και φορείς) για την επίλυση προβλημάτων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την καλύτερη εξυπηρέτησή τους. (Τριγώνη και συν. 2017, Robertshaw 2017)

## **Β' ΜΕΡΟΣ**

## ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### **2.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Σύμφωνα με τον Creswel (2016), επιστημονική έρευνα είναι η συστηματική και στοχευμένη προσπάθεια συγκέντρωσης και ανάλυσης πληροφοριών, που αποσκοπεί στην παραγωγή νέας γνώσης βασισμένη σε υπάρχουσες θεωρίες ή στη δημιουργία νέων θεωριών. Χαρακτηρίζεται από πρωτοτυπία και συμβάλλει στην κατανόηση και επίλυση προβλημάτων βελτιώνοντας τα επιτεύγματα του ανθρώπου.

Η παρούσα έρευνα είναι *επισκόπηση*, δηλαδή με τη χρήση ερωτηματολογίου συλλέγονται δεδομένα, σε δεδομένη χρονική στιγμή (μελέτη χρονικής στιγμής), περιγράφοντας τις σχέσεις των εξεταζομένων παραμέτρων και είναι μικρής κλίμακας, γιατί διεξάγεται από έναν ερευνητή. (Χριστόπουλος 2007)

Στόχος της μελέτης είναι να διερευνηθούν και να καταγραφούν οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας και των διοικητικών υπαλλήλων του προγράμματος PHILOS που παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες.

### **2.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ**

Ακολουθώντας όλα τα στάδια της επισκόπησης, σε πρώτη φάση ορίστηκε το επίπεδο από το οποίο θα συγκεντρωθούν τα δείγματα. Αυτό είναι το σύνολο των επαγγελματιών υγείας και διοικητικών υπαλλήλων του προγράμματος PHILOS που εργάζονται στις δομές φιλοξενίας προσφύγων και μεταναστών και στα κέντρα υποδοχής και ταυτοποίησης της Ελλάδας. Η έρευνα διενεργήθηκε το Φεβρουάριο και Μάρτιο του 2020, στάλθηκαν τα ερωτηματολόγια σε ηλεκτρονική μορφή (google forms). Συγκεκριμένα στάλθηκαν σε περίπου 600 εργαζόμενους στα προσωπικά τους mail, αλλά και στην ομάδα κοινωνικής δικτύωσης που διατηρούν στον παγκόσμιο ιστό οι εργαζόμενοι του PHILOS.

Από αυτά απαντήθηκαν τα 128 ανώνυμα, ένα ικανοποιητικό μέγεθος σε σχέση με τον πληθυσμό της μελέτης. Περίπου 600 επαγγελματίες υγείας και διοικητικοί υπάλληλοι εργάζονται στο πρόγραμμα σε δομές φιλοξενίας και σε κέντρα υποδοχής σύμφωνα με στοιχεία του ΕΟΔΥ. Άρα, μειώνεται το σφάλμα της δειγματοληψίας και μπορούν να εφαρμοστούν στατιστικές διαδικασίες, ώστε να

υπάρχει καλή εκτίμηση των μελετώμενων χαρακτηριστικών του πληθυσμού. (Κρέσγουελ 2016)

Διατηρήθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων επαγγελματιών υγείας στην έρευνα. Σύντομο ενημερωτικό, εισαγωγικό σημείωμα τους πληροφόρησε για το σκοπό της μελέτης, το ρόλο του ερευνητή και τη δυνατότητα πληροφόρησης των αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων της παρούσας έρευνας.

### 2.3. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Έπειτα από εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση σε ελληνική και ξένη βιβλιογραφία, δεν εντοπίστηκε ερευνητική μελέτη αντίστοιχου περιεχομένου. Μερικές έρευνες πλησίαζαν αρκετά το θέμα, αλλά τα ερωτηματολόγια τους δεν μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ολόκληρα παρά μόνο μέρος αυτών. Κρίθηκε σκόπιμο να συντεθεί ένα καινούριο εργαλείο που θα αποτελείται από μέρη εργαλείων που υπάρχουν. Επιλέχθηκαν μέρη των ερωτηματολογίων των ερευνών INTERHEALTH σχετικά με τις διαπολιτισμικές ικανότητες των επαγγελματιών υγείας, όπως και των ερευνών των Προδρόμου και συν. (2018)(ερωτηματολόγιο διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας), Τριγώνη και συν. (2017), όπως και μέρη αλλά και πολλές κοινές ερωτήσεις από τα ερωτηματολόγια των διδακτορικών διατριβών των (Αναστασόπουλος 2014, Χατζημπύρος 2014, Κοτσιώνη 2011, Καρακώστα 2016, Milionis 2019). Δημιουργήθηκε ένα νέο ερωτηματολόγιο, μετά από επιλογή των ερωτήσεων που κρίθηκαν κατάλληλες και διαμορφώθηκαν σύμφωνα με το θέμα και τις απαιτήσεις της έρευνας. Οι ερωτήσεις, οι οποίες είναι όλες κλειστού τύπου και χωρίστηκαν σε τρία μέρη:

- Στην αρχή, το **εισαγωγικό σημείωμα** ενημέρωνε τους ερωτηθέντες για το σκοπό της έρευνας, την ανωνυμία του ερωτηματολογίου, ότι μπορούν να ενημερωθούν για τα αποτελέσματα της έρευνας. Συμβάλλει σε υψηλά ποσοστά συμμετοχής και στην αξιοπιστία των απαντήσεων.
- Στο **πρώτο μέρος** του ερωτηματολογίου, οι ερωτήσεις 1<sup>η</sup>-10<sup>η</sup> αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, που δίνουν το προφίλ και τα χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας και διοικητικών που παρέχουν υπηρεσίες σε διαπολιτισμικούς ασθενείς (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο σπουδών, ειδικότητα, έτη εργασίας στο μεταναστευτικό, γνώση και χρήση ξένης γλώσσας, τρόπος επικοινωνίας, ώρες εκπαίδευσης ή επιμόρφωσης

στο μεταναστευτικό, εμπόδια). Στις ερωτήσεις χρησιμοποιούνται *ονομαστικές κλίμακες (nominal scales)* και στην έβδομη χρησιμοποιείται κλίμακα Likert.

- Οι ερωτήσεις του **δευτέρου μέρους** (11<sup>η</sup>-17<sup>η</sup>), είναι ερωτήσεις που αφορούν στη διερεύνηση των χαρακτηριστικών της παροχής διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας και των πεποιθήσεων και δεξιοτήτων του προσωπικού που την επηρεάζουν. Πρόκειται για ερωτήσεις της δημοφιλούς, πεντάβαθμης κλίμακας Likert, με θεωρητικά ίσα διαστήματα μεταξύ των απαντήσεων, και παίρνουν τις τιμές: 1 (Καθόλου ή Διαφωνώ) έως 5 (Πολύ ή Συμφωνώ).
- Οι ερωτήσεις του **τρίτου μέρους** (18<sup>η</sup> -24<sup>η</sup>) του ερωτηματολογίου, είναι προτάσεις που αναφέρονται στα προσωπικά αισθήματα και την εμπειρία των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την παροχή διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας. Όπως και οι ερωτήσεις του δευτέρου μέρους είναι πεντάβαθμης κλίμακας Likert, οι οποίες διαμορφώθηκαν μετά τις παρατηρήσεις των συμμετεχόντων επαγγελματιών υγείας στην πιλοτική έρευνα (ως προς τη σειρά των τιμών, ασαφειών στη διατύπωση και τυχόν επικαλύψεων).
- Στο τέλος, οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν στην 25<sup>η</sup> ερώτηση: «Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό-μεταναστευτικό;»

Δεν επιλέχθηκαν ερωτήσεις, που αφορούν την αμοιβή των επαγγελματιών στο πρόγραμμα PHILOS, γιατί για την ίδια ακριβώς θέση εργασίας οι εργαζόμενοι οι οποίοι έχουν ακριβώς τα ίδια τυπικά προσόντα δεν λαμβάνουν την ίδια χρηματική αμοιβή (στις δομές φιλοξενίας προβλέπονται πρόσθετες αμοιβές για όλους τους εργαζόμενους και οι αποδοχές τους σχεδόν διπλασιάζονται).

## 2.4. ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Μεγάλη προσπάθεια καταβλήθηκε κατά τη σύνταξη του ερωτηματολογίου, ώστε οι ερωτήσεις να είναι διατυπωμένες με σαφήνεια, να μην υπάρχει φλυαρία, εξειδικευμένες λέξεις, να είναι απλές, ελκυστικές και σύντομες, γιατί ο σωστός σχεδιασμός του ερωτηματολογίου είναι βασική προϋπόθεση για την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της έρευνας. Έπειτα έγινε πιλοτικός έλεγχος (pilot test), σε πέντε κατόχους διδακτορικού τίτλου, καταξιωμένους επαγγελματίες υγείας με εμπειρία στο χώρο της παροχής διαπολιτισμικής φροντίδας και εμπειρία αρκετών ετών (ψυχολόγος, κοινωνιολόγος, ιατρός, συντονιστής πεδίου και συντονιστής ΜΚΟ).

Συναντήθηκαν με τον ερευνητή και δόθηκε η δυνατότητα διατύπωσης με σαφήνεια των ερευνητικών ερωτημάτων και ελέγχου του ερευνητικού εργαλείου (εκτιμήθηκε ο χρόνος συμπλήρωσης, η εμφάνισή του και η σαφήνεια των οδηγιών). Τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν αποκλείστηκαν από το τελικό δείγμα της μελέτης. Μετά την αναδιατύπωση τριών ερωτήσεων την προσθήκη μιας ερώτησης (της τελευταίας), και τον αποκλεισμό μιας σαν περιττής το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε ηλεκτρονική μορφή (λόγω μεγάλης διασποράς των εργαζομένων), όπως περιγράφεται παραπάνω. Η ανταπόκριση ήταν άμεση (δύο ημέρες) και το ποσοστό απαντήσεων ικανοποιητικό, περίπου 21,33% (απαντήθηκαν 128 από τα 600 περίπου ερωτηματολόγια).

## **2.5. ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ (validity) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ**

Σύμφωνα με τον Κρέσγουελ (2016) το ερωτηματολόγιο για να είναι έγκυρο θα πρέπει να μετράει αυτό για το οποίο έχει κατασκευαστεί, να δίνει δηλαδή *έγκυρες τιμές* οι οποίες στην παρούσα μελέτη εξασφαλίζονται από τα εξής:

1. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνά μας, προέκυψε από τη σύνθεση των ερωτηματολογίων της μεγάλης έρευνας Interhealth. (2016) και των ερευνών των: (Προδρόμου και συν. 2018, Αναστασόπουλος 2014, Χατζημπύρος 2014, Κοτσιώνη 2011, Καρακώστα 2016, Milionis 2019), τα οποία όμως έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως και έχουν πάρει θετικές κριτικές. Επίσης, στην πιλοτική μελέτη, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ρωτήθηκαν έμπειροι επαγγελματίες υγείας και διοικητικοί στον τομέα της διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας, διάφορων ειδικοτήτων και τα ερευνητικά ερωτήματα, καθώς και το ερευνητικό εργαλείο αναδιατυπώθηκαν, όπου κρίθηκε απαραίτητο. Έτσι, εξασφαλίστηκε η *εγκυρότητα περιεχομένου*, δηλαδή μπορεί να δώσει απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν τεθεί.
2. Την ύπαρξη κατάλληλων συνθηκών, για τη συμπλήρωσή του (χαλαρή διάθεση, χωρίς πίεση χρόνου, άμεση επαφή με προσωπικά e-mail με τον ερευνητή, σαφή ερωτήματα, ενδιαφέρον θέμα για τα άτομα του δείγματος, εκμαιεύοντας ειλικρινείς και ανώνυμες απαντήσεις που ενισχύουν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του).

3. Εμπεριέχει επαρκείς και αποδεκτές κλίμακες μέτρησης, όπως αναλυτικά παρουσιάστηκαν στο σχεδιασμό του ερωτηματολογίου.
4. Τα δεδομένα υποστηρίζουν τις θεωρίες που παρουσιάστηκαν στο Ά Μέρος της εργασίας. Άρα, εξασφαλίζεται η *εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής*, που εξηγούν τον σκοπό και τη χρήση των τιμών από το εργαλείο.

## 2.6. ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ (Reliability Analysis)

Στόχος μιας έρευνας είναι οι παρατηρήσεις, εκτός από *έγκυρες*, να είναι και *αξιόπιστες*. Το ίδιο ερωτηματολόγιο να δίνει τα ίδια αποτελέσματα κάτω από τις ίδιες συνθήκες. (Coakes and Steed 1997) Επίσης, τις απαντήσεις πρέπει να τις διακρίνει *εσωτερική συνέπεια* (σύνδεση των στοιχείων που απαρτίζουν κάθε ομάδα). Για τη μέτρησή της χρησιμοποιείται ο συντελεστής άλφα του Cronbach. Σε όλες τις ερωτήσεις ο ερωτώμενος θα πρέπει να απαντάει με τον ίδιο τρόπο. Για την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου πρέπει να υπολογιστούν οι συντελεστές Cronbach όλων των διαστάσεων - παραγόντων του, και απαιτείται να έχει τιμή μεγαλύτερη του 0,6. Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1993), δεν θα πρέπει να είναι απαραίτητα υψηλές οι τιμές του Cronbach α όταν μετρά στάσεις.

Οι ερωτήσεις χωρίστηκαν, μετά από την ανάλυση παλινδρόμησης σε παράγοντες, για πρακτικούς λόγους, σε τρεις υποκατηγορίες-κλίμακες και υπολογίσαμε για καθεμία τον συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach's  $\alpha$ . Η σύνθεση των ομάδων και οι συντελεστές Cronbach's  $\alpha$  είναι :

### 1) Πεποιθήσεις-αισθήματα επαγγελματιών υγείας και διοικητικών

- Πιστεύετε ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολυπολιτισμικούς ασθενείς παρουσιάζει δυσκολίες; (11<sup>η</sup> ερώτηση).
- Οι προκαταλήψεις κι η επιφυλακτικότητα επηρεάζουν την απόδοση των επαγγελματιών υγείας; (12<sup>η</sup> ερώτηση).
- Τα συναισθήματα σας είναι θετικά κατά την φροντίδα των ωφελουμένων; (13<sup>η</sup> ερώτηση).
- Συμφωνείτε ότι όσοι ασχολούνται με το προσφυγικό – μεταναστευτικό πρέπει να έχουν ενσυναίσθηση – συμπόνια; (14<sup>η</sup> ερώτηση).

- Πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να έχουν δεξιότητες αξιολόγησης και διάγνωσης, όπως και κλινικές δεξιότητες σχετικά με την φροντίδα διαπολιτισμικών ομάδων; (15<sup>η</sup> ερώτηση).
- Θεωρείτε ότι πρέπει να σέβετε τον τρόπο σκέψης και την συμπεριφορά των ανθρώπων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο; (16<sup>η</sup> ερώτηση).
- Απολαμβάνετε τις διαφορές των ανθρώπων από άλλα είδη πολιτισμών, την επαφή και την επικοινωνία μαζί τους; (17<sup>η</sup> ερώτηση)

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,608	7

**Πίνακας 2:** Συντελεστής alpha Cronbach's για «Πεποιθήσεις-αισθήματα των επαγγελματιών υγείας και διοικητικών».

#### 2) Συμπεριφορά- πρακτικές των επαγγελματιών υγείας και διοικητικών

- Προσαρμόζετε τον τρόπο λειτουργίας σας και την συμπεριφορά σας όταν έχετε απέναντι σας κάποιον με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα και κουλτούρα; (18<sup>η</sup> ερώτηση).
- Προσπαθείτε να μάθετε το κοινωνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο του ατόμου στο οποίο παρέχετε υπηρεσίες υγείας; (19<sup>η</sup> ερώτηση).
- Συλλέγετε πληροφορίες σχετικά με τις πεποιθήσεις για την υγεία, την ασθένεια, τον τρόπο ζωής και τις πρακτικές υγείας της χώρας του; (20<sup>η</sup> ερώτηση).
- Είναι επαγγελματική η στάση σας απέναντι στους ωφελούμενους; Τους αντιμετωπίζετε με ευγένεια και αλληλεγγύη; (21<sup>η</sup> ερώτηση).
- Δείχνετε κατανόηση στη διαφορετικότητα των ωφελουμένων; (22<sup>η</sup> ερώτηση).

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,706	5

**Πίνακας 3:** Συντελεστής alpha Cronbach's για «Συμπεριφορά-πρακτικές των επαγγελματιών υγείας και διοικητικών»

#### 3) Δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας και διοικητικών

- Πιστεύετε ότι έχετε τις απαραίτητες δεξιότητες για να αντεπεξέλθετε στις προκλήσεις σχετικά με την πολιτισμικότητα των ωφελουμένων; (23<sup>η</sup> ερώτηση).



- Παρά τη ιδιαίτερη στάση των ωφελούμενων σε θέματα υγείας (μεταγγίσεις, νηστεία και άλλα), νομίζετε ότι μπορείτε να τους βοηθήσετε; (24<sup>η</sup> ερώτηση).

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,696	2

**Πίνακας 4:** Συντελεστής alpha Cronbach's για «Δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας και διοικητικών»

Όλες οι τιμές των συντελεστών αξιοπιστίας είναι μεγαλύτερες από 0.6. Άρα, εντοπίζεται επαρκής συνάφεια των ερωτήσεων της ομάδας «Πεποιθήσεις», με  $\alpha=.608$  πάνω από 0.6. Πολύ καλή αξιοπιστία και επαρκή συνάφεια ερωτήσεων εντοπίζεται για την ομάδα: «Συμπεριφορά» με  $\alpha=0.706 > 0.7$ , όπως και για την ομάδα «Δεξιότητες» με  $\alpha=0.696$  περίπου 0.7. Εφόσον όλοι οι δείκτες Cronbach  $\alpha$  είναι μεγαλύτεροι από 0.6, με την εντολή Compute του SPSS, μπορούν να υπολογιστούν οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις των μεταβλητών των τριών ομάδων, που θα χρησιμοποιηθούν στην ανάλυση με την Επαγωγική Στατιστική που θα ακολουθήσει.

## 2.7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στην παρούσα μελέτη, αρχικά παρουσιάστηκε το προφίλ των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι εργάζονται στο πρόγραμμα PHILOS. Υπολογίστηκαν περιγραφικά στατιστικά μέτρα και προέκυψαν συμπεράσματα που αφορούν στο δείγμα.

Στη συνέχεια έγινε *Παραγοντική Ανάλυση* (factor analysis), με τη μέθοδο των *Κύριων Συνιστωσών*. Η Παραγοντική Ανάλυση είναι μια στατιστική τεχνική με ευρεία εφαρμογή στις ψυχομετρικές έρευνες. Έχει στόχο τον εντοπισμό συσχετιζόμενων μεταβλητών μέσα σε μια ομάδα μεταβλητών, δημιουργώντας υποσύνολα-*παράγοντες*, οι οποίοι δεν είναι εμφανείς. (Σιάρδος και Κουτσούρης 2004)

Οι υποθετικοί και ασυσχέτιστοι παράγοντες, διατηρούν την πληροφορία των αρχικών μεταβλητών, περιορίζοντας τη διάσταση του προβλήματος και συμβάλλουν στην ερμηνεία των συσχετίσεων μεταξύ των δεδομένων. Πρόκειται για *Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση (Exploratory)*, γιατί θα πρέπει να προσδιοριστεί η δομή των εξεταζόμενων μεταβλητών. Σύμφωνα με τον Cattell (1973), η Παραγοντική Ανάλυση

βοηθάει τον ερευνητή στην ανίχνευση *λανθανουσών* μεταβλητών, καθώς και στην αποφυγή μεταβλητών που δεν δίνουν πραγματικές πληροφορίες. Οι συντελεστές συσχέτισης των μεταβλητών με τους αντίστοιχους παράγοντες ονομάζονται *φορτίσεις* και αποδεκτοί γίνονται οι παράγοντες με φορτίσεις μεγαλύτερες των 0.35. Σύμφωνα με τους Φαρμάκη και Παπατσούμα (2014), πολύ υψηλές θεωρούνται οι φορτίσεις της τάξης του 0.7, υψηλές της τάξης των 0.6, ικανοποιητικές της τάξης των 0.5 και μέτριες της τάξης των 0.45. Αν θα είναι στατιστικά σημαντικές ή όχι, εξαρτάται από το επίπεδο σημαντικότητας που ορίζουμε. Το πιο διαδεδομένο είναι το *ορθογώνιο μοντέλο* (ασυσχέτιστοι παράγοντες μεταξύ τους), στο οποίο οι παράγοντες είναι διανύσματα, που μπορούν να γραφούν ως γραμμικός συνδυασμός των στατιστικά σημαντικών μεταβλητών, που συνιστούν τον κάθε παράγοντα.

Αρχικά, ελέγχθηκαν τα δεδομένα της παρούσας έρευνας για την καταλληλότητα εφαρμογής της μεθόδου της Παραγοντικής Ανάλυσης. Κατά τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων με το SPSS, θα πρέπει ο δείκτης Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), να είναι μεγαλύτερος του 0.5. Επίσης, από τις μεταβλητές θα πρέπει να επιλεγούν εκείνες με  $MSA > 0.5$  (τα στοιχεία της διαγωνίου του anti-image). Στη συνέχεια με το Bartlett's Test of Sphericity, έγινε ο Έλεγχος Σφαιρικότητας του Bartlett.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε η μέθοδος των *Κύριων Συνιστωσών*, για τον εντοπισμό των βασικών παραγόντων που θα εξεταστούν. Είναι και αυτή στατιστική τεχνική που ασχολείται με τη δομή διακυμάνσεων και συνδιακυμάνσεων, μέσω γραμμικών συνδυασμών των μεταβλητών. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί αυτοτελώς ή ακόμη και να συνδυαστεί και με άλλες στατιστικές μεθόδους. Έγινε ορθογώνια περιστροφή (Varimax) της μέγιστης διακύμανσης, για να επιτευχθεί η μεγιστοποίηση των φορτίων των παραγόντων. Οι μεταβλητές, με υψηλά φορτία σε κάθε παράγοντα, συμβάλλουν στην ερμηνεία της δομής του παράγοντα και στις αλληλοσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών. Ο αριθμός των παραγόντων που θα προκύψει προσδιορίζεται από τους Guttman και Kaiser, σύμφωνα με τους οποίους επιλέγονται οι παράγοντες με ιδιοτιμή μεγαλύτερη από 1, που ερμηνεύουν το μεγαλύτερο ποσοστό της διασποράς. Εναλλακτικά ή και ταυτόχρονα χρησιμοποιείται στην πράξη και το κριτήριο του Cattell (scree test), σύμφωνα με το οποίο μετά από τους κύριους παράγοντες παρατηρείται τάση ευθυγράμμισης της γραφικής παράστασης των ιδιοτιμών των παραγόντων. Όμως ο ερευνητής μπορεί να διαμορφώσει τον αριθμό των παραγόντων ανάλογα με τις απαιτήσεις της έρευνας.

Υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών και της γενικής ερώτησης που αφορά στις στάσεις-αντιλήψεις και απόψεις σχετικά με την παροχή φροντίδας υγείας σε προσφυγικό-μεταναστευτικό πληθυσμό, καθώς και μεταξύ μεταβλητών ελέγχου και της παραπάνω γενικής ερώτησης. Κρίθηκε σκόπιμο να ακολουθηθεί η μέθοδος της Ανάλυσης Παλινδρόμησης, η οποία θεωρήθηκε ως η πιο κατάλληλη στατιστική μέθοδος. Εξετάστηκε η σχέση μεταξύ δύο συσχετιζόμενων στατιστικά σημαντικών μεταβλητών (εξαρτημένη-ανεξάρτητη), με στόχο την πρόβλεψη του βαθμού θετικής στάσης που αντλούν οι επαγγελματίες υγείας και οι διοικητικοί του προγράμματος «PHILOS» από την παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες (εξαρτημένη). Βρέθηκαν τα μαθηματικά μοντέλα (γραμμές παλινδρόμησης), που περιγράφουν, ερμηνεύουν και προβλέπουν τις τιμές του βαθμού των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων, σε σχέση με τις τιμές της διερευνόμενης μεταβλητής κάθε φορά και αξιολογήθηκαν. Το μοντέλο εξαρτάται από τη μέθοδο που θα ακολουθηθεί. Στην έρευνα αυτή, ακολουθήθηκε η μέθοδος της *Βηματικής Παλινδρόμησης (stepwise regression)*, μια πολύπλοκη διαδικασία που πραγματοποιείται με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS. Καταλήγει σε ένα αξιόπιστο μοντέλο πρόβλεψης του βαθμού θετικών στάσεων-απόψεων, έπειτα από συστηματική επεξεργασία.

## ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ (Descriptive Statistics)

Οι απαντήσεις του ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου (google forms), μεταφέρθηκαν σε αρχείο excel, όπου καταχωρήθηκαν και οι απαντήσεις των έντυπων ερωτηματολογίων και εφόσον κωδικοποιήθηκαν, αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 23 για τις κοινωνικές επιστήμες. Αφαιρέθηκε μία απάντηση, η οποία είχε ελλείποντα δεδομένα (missing data), εφόσον ο αριθμός των απαντήσεων ήταν επαρκής.

Για την αρχική εικόνα των εξεταζόμενων μεταβλητών παρουσιάστηκε το προφίλ του δείγματος, μέσω πινάκων και διαγραμμάτων, και στη συνέχεια με υπολογισμούς περιγραφικών μέτρων θέσης και διασποράς, προσεγγίστηκε το δείγμα. Ακολούθησαν στατιστικές αναλύσεις που στηρίζονται σε κατανομές συχνοτήτων των απαντήσεων και σε συσχετίσεις μεταξύ ανεξάρτητων μεταβλητών ή μεταξύ εξαρτημένων και ανεξάρτητων μεταβλητών. Αρχικά, ελέγχθηκαν ως προς την κανονικότητα με διαγράμματα P-PPlots (Παράρτημα) οι ανεξάρτητες μεταβλητές. Διαπιστώθηκε ότι προσεγγίζουν ικανοποιητικά την κανονική κατανομή.

### 3.1. ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

#### 3.1.1. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Φύλο

Όπως αποτυπώνεται στον πίνακα, από τους 128 επαγγελματίες υγείας που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο, η συντριπτική πλειοψηφία είναι γυναίκες (75,8 %) σε σχέση με τους άνδρες (24,2 %) με αναλογία περίπου 4:1.

Φύλο		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανδρας	31	24,2	24,2	24,2
	Γυναίκα	97	75,8	75,8	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

Πίνακας 5: Κατανομή φύλου

#### 3.1.2 Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Ηλικία

Παρατηρείται ότι το 28,1% των εργαζομένων είναι νέοι, ηλικίας μικρότερης των 30 ετών. Οι περισσότεροι όμως 36,7% ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 31 έως 40 ετών. Συμπερασματικά, το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων του

προγράμματος 64,8%, οι οποίοι στο σύνολο τους είναι συμβασιούχοι, είναι κάτω των 40 ετών. Αντιθέτως μεγάλο είναι και το ποσοστό 35,2% των εργαζομένων ηλικίας 41 και άνω ετών. Αν λάβει κανείς υπόψη ότι οι εργαζόμενοι, εργάζονται με καθεστώς συμβάσεων εργασίας ορισμένου χρόνου, αυτό δείχνει το πρόβλημα της ανεργίας στον κλάδο της υγείας. Ελπιδοφόρο είναι το γεγονός ότι και πολλοί νέοι κάτω των 30 ετών βρίσκουν εργασία, έστω και με σύμβαση, εξασφαλίζοντας την απαραίτητη προϋπηρεσία για τη μελλοντική επαγγελματική αποκατάστασή τους.

#### Ηλικία

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Έως 30 ετών	36	28,1	28,1	28,1
31-40 ετών	47	36,7	36,7	64,8
41 και άνω ετών	45	35,2	35,2	100,0
Total	128	100,0	100,0	

**Πίνακας 6:** Κατανομή Ηλικίας

#### 3.1.3. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Οικογενειακή κατάσταση

Εδώ φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (53,1%) των εργαζομένων επαγγελματιών υγείας ανήκει στην κατηγορία έγγαμος-σύμφωνο συμβίωσης. Επίσης μεγάλο είναι και το ποσοστό των αγάμων (42,2). Πολύ μικρό είναι το ποσοστό (4,7) των διαζευγμένων ή σε χηρεία.

#### Οικογενειακή κατάσταση

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Αγάμος	54	42,2	42,2	42,2
Έγγαμος / Σύμφωνο συμβίωσης	68	53,1	53,1	95,3
Διαζευγμένος / Χηρεία	6	4,7	4,7	100,0
Total	128	100,0	100,0	

**Πίνακας 7:** Κατανομή οικογενειακή κατάσταση

#### 3.1.4. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Επίπεδο σπουδών

Παρατηρείται ότι είναι πολύ μικρό το ποσοστό (7,8% ) των εργαζομένων με πτυχίο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, πράγμα αναμενόμενο που αποδίδεται στους νοσηλευτές. Μεγάλα είναι τα ποσοστά των πτυχιούχων τεχνολογικής εκπαίδευσης (32%), και πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (19,5 %). Το μεγαλύτερο ποσοστό όμως

(38,3%), είναι οι εργαζόμενοι οι οποίοι είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών. Συγχρόνως υπάρχει και ένα ποσοστό (2,3%) κατόχων διδακτορικού.

#### Επίπεδο σπουδών

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δ.Ε.	10	7,8	7,8	7,8
	Τ.Ε.	41	32,0	32,0	39,8
	Π.Ε.	25	19,5	19,5	59,4
	MSc	49	38,3	38,3	97,7
	PHD	3	2,3	2,3	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

Πίνακας 8: Κατανομή επιπέδου σπουδών

#### 3.1.5. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Ειδικότητα

Παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (32 %) είναι οι νοσηλευτές, ακολουθούν με (18,8%) οι διοικητικοί υπάλληλοι, με 10,2 % οι μαίες και οι κοινωνικοί λειτουργοί και με μικρότερα ποσοστά ακολουθούν οι υπόλοιπες ειδικότητες. Εδώ φαίνεται καθαρά η δυσκολία του προγράμματος PHILOS να βρει και να προσλάβει ιατρούς και διαπολιτισμικούς διαμεσολαβητές.

#### Ποιά είναι η ειδικότητά σας ;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ιατρός	8	6,3	6,3	6,3
	Νοσηλεύτης	41	32,0	32,0	38,3
	Ψυχολόγος	12	9,4	9,4	47,7
	Κοινωνικός λειτουργός	13	10,2	10,2	57,8
	Μαία	13	10,2	10,2	68,0
	Διερμηνέας	8	6,3	6,3	74,2
	Διασώστης	9	7,0	7,0	81,3
	Διοικητικός	24	18,8	18,8	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

Πίνακας9: Κατανομή κατά ειδικότητα

#### 3.1.6. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Έτη εργασίας στο προσφυγικό-μεταναστευτικό

Εδώ φαίνεται καθαρά ότι το 71,4% που δηλώνει ότι έχει εργαστεί στο προσφυγικό – μεταναστευτικό από 0 έως 3 έτη, έχει εργαστεί μόνο στο πρόγραμμα

PHILOS, ενώ το 28,5% που έχει εργαστεί από 3 έως και πάνω από 5 έτη, έχει εργαστεί και σε κάποια Μ.Κ.Ο.

**Πόσα έτη εργάζεστε στο προσφυγικό-μεταναστευτικό;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Λιγότερο από 1 έτος	42	32,8	33,3	33,3
	1 έως 3 έτη	48	37,5	38,1	71,4
	3 έως 5 έτη	27	21,1	21,4	92,9
	Παραπάνω από 5 έτη	9	7,0	7,1	100,0
	Total	126	98,4	100,0	
Missing	System	2	1,6		
Total		128	100,0		

**Πίνακας 10:** Κατανομή ετών εργασίας στο προσφυγικό

**3. 1.7. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Χρήση ξένης γλώσσας**

Παρατηρείται ότι το 29,7% χρησιμοποιεί πολύ μια ξένη γλώσσα, το 28,1 % αρκετά, το 23,4 % μέτρια, λίγο το 14,8 % και τέλος 3,9 % δεν χρησιμοποιεί καθόλου ξένη γλώσσα στις επαφές του με διαπολιτισμικούς ασθενείς.

**Χρησιμοποιείτε κάποια ξένη γλώσσα όταν παρέχετε υπηρεσίες υγείας σε ωφελούμενους  
(Πρόσφυγες-Μετανάστες)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	5	3,9	3,9	3,9
	Λίγο	19	14,8	14,8	18,8
	Μέτρια	30	23,4	23,4	42,2
	Αρκετά	36	28,1	28,1	70,3
	Πολύ	38	29,7	29,7	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

**Πίνακας 11:** Κατανομή χρήσης ξένης γλώσσας

### 3.1.8. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Ώρες εκπαίδευσης ή επιμόρφωσης

Εδώ αξιοσημείωτο είναι το εύρημα ότι το 50,4% έχει συμμετάσχει σε λιγότερες από πέντε ώρες εκπαίδευσης ή επιμόρφωσης στην διαπολιτισμική φροντίδα υγείας. Επίσης, μεγάλο είναι και το ποσοστό 24,4% που έχει συμμετάσχει σε περισσότερες από 15 ώρες εκπαίδευση ή επιμόρφωση.

**Σε πόσες ώρες εκπαίδευσης ή επιμόρφωσης έχετε συμμετάσχει σχετικά με την διαπολιτισμική υγεία;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Λιγότερες από 5 ώρες	64	50,0	50,4	50,4
	5 έως 10 ώρες	21	16,4	16,5	66,9
	10 έως 15 ώρες	11	8,6	8,7	75,6
	Περισσότερες από 15 ώρες	31	24,2	24,4	100,0
	Total	127	99,2	100,0	
Missing	System	1	,8		
Total		128	100,0		

**Πίνακας 12:** Κατανομή Ώρες εκπαίδευσης ή επιμόρφωσης

### 3.1.9. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Παρουσία δυσκολιών στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολυπολιτισμικούς ασθενείς

Στη συγκεκριμένη ερώτηση το 84,4% (Συμφωνώ και Μάλλον συμφωνώ) συμφωνούν ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολυπολιτισμικούς ασθενείς παρουσιάζει δυσκολίες, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό της τάξης του 15,6% διαφωνούν ή κρατούν ουδέτερη στάση.

**Πιστεύετε ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολυπολιτισμικούς ασθενείς παρουσιάζει δυσκολίες ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ0	1	,8	,8	,8
	Μάλλον διαφωνώ	3	2,3	2,3	3,1
	Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ	16	12,5	12,5	15,6
	Μάλλον συμφωνώ	48	37,5	37,5	53,1
	Συμφωνώ	60	46,9	46,9	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

**Πίνακας 13:** Κατανομή Παρουσία δυσκολιών



### 3.1.10. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Εμπόδια στην παροχή υπηρεσιών υγείας

Εδώ παρουσιάζεται ότι με συντριπτικό ποσοστό 48,4% οι ερωτώμενοι επαγγελματίες υγείας θεωρούν σαν μεγαλύτερο πρόβλημα την έλλειψη επικοινωνίας λόγω διαφορετικής γλώσσας, ακολουθούν η δυσκολία λήψης του ιστορικού των ασθενών με 18,8 % και οι πολιτισμικές διαφορές και οι υπερβολικές απαιτήσεις των μεταναστών ασθενών με ποσοστό 12,5%. Με μικρότερα ποσοστά ακολουθούν, η ανάρμοστη συμπεριφορά, η καχυποψία και οι θρησκευτικές διαφορές.

**Στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες ποιό είναι το μεγαλύτερο εμπόδιο που συναντάτε ;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Γλώσσα	62	48,4	48,4	48,4
Πολιτισμικές διαφορές (Ηθη και έθιμα)	16	12,5	12,5	60,9
Θρησκευτικές διαφορές	1	,8	,8	61,7
Δυσκολία λήψης ιστορικού	24	18,8	18,8	80,5
Υπερβολικές απαιτήσεις	16	12,5	12,5	93,0
Ανάρμοστη συμπεριφορά	5	3,9	3,9	96,9
Καχυποψία	4	3,1	3,1	100,0
Total	128	100,0	100,0	

**Πίνακας 14:** Κατανομή Εμπόδια στην παροχή υπηρεσιών υγείας

### 3.1.11. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Τρόπος επικοινωνίας με ωφελούμενους

Μέσω διερμηνέα ή μεταφραστή απάντησε ότι επικοινωνεί το μεγαλύτερο κομμάτι των εργαζομένων του PHILOS με τους ωφελούμενους 80,3% , ενώ με τους άλλους τρόπους λιγότερο από το 20% (9,4% , 6,3 % , 2,4 % , 1,6 %)

**Με ποιό τρόπο επικοινωνείτε περισσότερο με τους ωφελούμενους ;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Νοηματική	8	6,3	6,3	6,3
Συνδρομή φίλων ή συγγενών	12	9,4	9,4	15,7
Μέσω διερμηνέα ή μεταφραστή	102	79,7	80,3	96,1
Μετάφραση μέσω τηλεφώνου	3	2,3	2,4	98,4
Χρήση google translate	2	1,6	1,6	100,0
Total	127	99,2	100,0	
Missin g System	1	,8		
Total	128	100,0		

**Πίνακας 15:** Κατανομή τρόπος επικοινωνίας

**3.1.12. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Ύπαρξη δεξιοτήτων σχετικών με τις προκλήσεις**

Το 72,7% (πολύ 21,1% και αρκετά 51,6%) πιστεύει ότι διαθέτει τις απαραίτητες δεξιότητες για να αντεπεξέλθει στις προκλήσεις σχετικά με την πολιτισμικότητα των ωφελούμενων, μέτρια το 15,6 % ενώ 11,8 % λίγο ή καθόλου (λίγο 6,3 % και καθόλου 5,5 % )

**Πιστεύετε ότι έχετε τις απαραίτητες δεξιότητες για αντεπεξέλθετε στις προκλήσεις σχετικά με την πολιτισμικότητα των ωφελουμένων ;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	7	5,5	5,5	5,5
Λίγο	8	6,3	6,3	11,7
Μέτρια	20	15,6	15,6	27,3
Αρκετά	66	51,6	51,6	78,9
Πολύ	27	21,1	21,1	100,0
Total	128	100,0	100,0	

**Πίνακας 16 :** Κατανομή ύπαρξης δεξιοτήτων

**3.1.13. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Βοήθεια παρά τις ιδιαιτερότητες σε θέματα υγείας**

Εδώ το 79,7 % (πολύ 16,4% και αρκετά 63,3% ) δηλώνουν ότι μπορούν να βοηθήσουν τους ωφελούμενους παρά την ιδιαίτερη στάση τους σε θέματα υγείας. Το

10,9% δηλώνει μέτρια και ένα ποσοστό 9,4% (λίγο 8,6% και καθόλου 0,8%) λίγο ή καθόλου.

**Παρά την ιδιαίτερη στάση των ωφελούμενων σε θέματα υγείας (μεταγγίσεις, νηστεία και άλλα), νομίζετε ότι μπορείτε να τους βοηθήσετε :**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	1	,8	,8	,8
Λίγο	11	8,6	8,6	9,4
Μέτρια	14	10,9	10,9	20,3
Αρκετά	81	63,3	63,3	83,6
Πολύ	21	16,4	16,4	100,0
Total	128	100,0	100,0	

**Πίνακας 17:** Η κατανομή της βοήθειας

### 3.1.14. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Προσαρμογή τρόπου λειτουργίας

Το υψηλό ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που συμφωνούν (71,9%) δείχνει ότι θεωρούν ότι προσαρμόζουν τον τρόπο λειτουργίας και τη συμπεριφορά τους όταν έχουν απέναντι τους άτομα με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Μέτρια προσαρμόζουν το 14,1 %, λίγο το 7,8 % και καθόλου το 6,3 %.

**Προσαρμόζετε τον τρόπο λειτουργίας σας και την συμπεριφορά σας όταν έχετε απέναντι σας κάποιον με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα και κουλτούρα ;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	8	6,3	6,3	6,3
Λίγο	10	7,8	7,8	14,1
Μέτρια	18	14,1	14,1	28,1
Αρκετά	60	46,9	46,9	75,0
Πολύ	32	25,0	25,0	100,0
Total	128	100,0	100,0	

**Πίνακας 18:** Η κατανομή της προσαρμογής του τρόπου λειτουργίας

### 3.1.15. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Προσπάθεια γνώσης πολιτισμικού υποβάθρου

Πολύ μεγάλο είναι το ποσοστό των ερωτηθέντων 75,8 % (πολύ, αρκετά και μέτρια) που δηλώνουν ότι προσπαθούν να μάθουν το κοινωνικό υπόβαθρο των

ασθενών στους οποίους παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Λίγο είναι το 16,4 % και καθόλου το 7,8 % των ερωτώμενων.

**Προσπαθείτε να μάθετε το κοινωνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο του ατόμου στο οποίο παρέχετε υπηρεσίες υγείας ;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	10	7,8	7,8	7,8
Λίγο	21	16,4	16,4	24,2
Μέτρια	25	19,5	19,5	43,8
Αρκετά	49	38,3	38,3	82,0
Πολύ	23	18,0	18,0	100,0
Total	128	100,0	100,0	

**Πίνακας 19:** Η κατανομή προσπάθεια γνώσης πολιτισμικού υπόβαθρου

### 3.1.16. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις πεποιθήσεις για την υγεία, ασθένεια, τρόπο ζωής και πρακτικές υγείας

Χωρίς μεγάλες διακυμάνσεις είναι οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την συλλογή πληροφοριών για τις πεποιθήσεις για την υγεία, τις πρακτικές υγείας, την ασθένεια και τον τρόπο ζωής των ωφελούμενων, με μόνη εξαίρεση το 32,3 % της απάντησης Αρκετά.

**Συλλέγετε πληροφορίες σχετικά με τις πεποιθήσεις για την υγεία, την ασθένεια, τον τρόπο ζωής και τις πρακτικές υγείας, της χώρας του ;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	7	5,5	5,5	5,5
Λίγο	25	19,5	19,7	25,2
Μέτρια	33	25,8	26,0	51,2
Αρκετά	41	32,0	32,3	83,5
Πολύ	21	16,4	16,5	100,0
Total	127	99,2	100,0	
Missing System	1	,8		
Total	128	100,0		

**Πίνακας 20:** Η κατανομή Συλλογής πληροφοριών.

### 3.1.17. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Επηρεασμός απόδοσης από προκαταλήψεις και επιφυλακτικότητα

Αξιοσημείωτο εδώ είναι το ποσοστό 32 % των εργαζομένων του PHILOS που δηλώνει ότι επηρεάζεται αρκετά η απόδοση του από προκαταλήψεις και επιφυλακτικότητα.

**Προκαταλήψεις & επιφυλακτικότητα επηρεάζουν την απόδοση των επαγγελματιών υγείας**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	19	14,8	14,8	14,8
Λίγο	22	17,2	17,2	32,0
Μέτρια	27	21,1	21,1	53,1
Αρκετά	41	32,0	32,0	85,2
Πολύ	19	14,8	14,8	100,0
Total	128	100,0	100,0	

**Πίνακας 21:** Η κατανομή της Απόδοσης

### 3.1.18. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Θετικά συναισθήματα κατά την φροντίδα των ωφελούμενων

Τα αισθήματα των ερωτώμενων σε πολύ μεγάλο βαθμό 92,2% (Πολύ, Αρκετά και Μέτρια) είναι θετικά σε σχέση με την φροντίδα των ασθενών. Το 4,7% είναι τα λίγο θετικά, ενώ μόνο το 3,1% του προσωπικού δεν έχει θετικά συναισθήματα.

**Τα συναισθήματα σας είναι θετικά κατά την φροντίδα των ωφελούμενων ;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	4	3,1	3,1	3,1
Λίγο	6	4,7	4,7	7,8
Μέτρια	28	21,9	21,9	29,7
Αρκετά	57	44,5	44,5	74,2
Πολύ	33	25,8	25,8	100,0
Total	128	100,0	100,0	

**Πίνακας 22:** Η κατανομή των θετικών συναισθημάτων

### 3.1.19. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Είναι επαγγελματική η στάση σας απέναντι στους ωφελούμενους

Το 96,9% (Μέτρια, Αρκετά, Πολύ) δηλώνει ότι είναι επαγγελματική η στάση του απέναντι στους πρόσφυγες και μετανάστες. Εδώ κάνει εντύπωση η απουσία της απάντησης Καθόλου.

Είναι επαγγελματική η στάση σας απέναντι στους ωφελούμενους ;Τους αντιμετωπίζετε με ευγένεια και αλληλεγγύη ;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Λίγο	1	,8	,8	,8
	Μέτρια	3	2,3	2,3	3,1
	Αρκετά	37	28,9	28,9	32,0
	Πολύ	87	68,0	68,0	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

**Πίνακας 23:** Η κατανομή της επαγγελματικής στάσης

### 3.1.20. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή ύπαρξης ενσυναίσθησης και συμπόνιας

Πολύ μεγάλα είναι τα ποσοστά αυτών που συμφωνούν 52,8%, που συμφωνούν αρκετά 35,4 %. Πολύ μικρά είναι τα ποσοστά αυτών που δεν συμφωνούν 1,6 %, που συμφωνούν λίγο 1,6 % και αυτών που συμφωνούν μέτρια 8,7% για την ύπαρξη της ενσυναίσθησης σε όσους ασχολούνται με το προσφυγικό και μεταναστευτικό.

Συμφωνείτε ότι όσοι ασχολούνται με το προσφυγικό-μεταναστευτικό πρέπει να έχουν ενσυναίσθηση/συμπόνια ;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	2	1,6	1,6	1,6
	Λίγο	2	1,6	1,6	3,1
	Μέτρια	11	8,6	8,7	11,8
	Αρκετά	45	35,2	35,4	47,2
	Πολύ	67	52,3	52,8	100,0
	Total	127	99,2	100,0	
Missing	System	1	,8		
Total		128	100,0		

**Πίνακας 24:** Η κατανομή της ενσυναίσθησης

### 3.1.21. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή δεξιότητες αξιολόγησης διάγνωσης και κλινικές

Πάνω από 95% και συγκεκριμένα 95,3% συμφωνούν ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να έχουν δεξιότητες αξιολόγησης, διάγνωσης και κλινικές δεξιότητες σχετικά με την φροντίδα διαπολιτισμικών ασθενών, ενώ μόνο μία απάντηση (0,8 %)

έχουμε ότι δεν χρειάζονται οι δεξιότητες και καμία στο ότι χρειάζονται λίγο. Το 3,9% των απαντήσεων (5 απαντήσεις) είναι το μέτρια.

**Πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να έχουν δεξιότητες αξιολόγησης και διάγνωσης, όπως και κλινικές δεξιότητες σχετικά με την φροντίδα διαπολιτισμικών ομάδων;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	1	,8	,8	,8
Μέτρια	5	3,9	3,9	4,7
Αρκετά	59	46,1	46,1	50,8
Πολύ	63	49,2	49,2	100,0
Total	128	100,0	100,0	

**Πίνακας 25:** Η κατανομή των δεξιοτήτων αξιολόγησης

### 3.1.22. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Κατανόηση διαφορετικότητας των ωφελούμενων

Το 92,2% δηλώνει ότι δείχνει κατανόηση στη διαφορετικότητα των ωφελούμενων (Πολύ και Αρκετά). Δεν υφίσταται το καθόλου (0 απαντήσεις), το 0,8% είναι το λίγο (1 απάντηση) και το 7% είναι οι απαντήσεις στο Μέτρια.

**Δείχνετε κατανόηση στη διαφορετικότητα των ωφελούμενων;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Λίγο	1	,8	,8	,8
Μέτρια	9	7,0	7,0	7,8
Αρκετά	56	43,8	43,8	51,6
Πολύ	62	48,4	48,4	100,0
Total	128	100,0	100,0	

**Πίνακας 26:** Η κατανομή της κατανόησης της διαφορετικότητας

### 3.1.23. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Σεβασμός τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς ανθρώπων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο

Εδώ πολύ σημαντικό είναι η απουσία των απαντήσεων στο καθόλου και λίγο όσο αφορά τον σεβασμό στον τρόπο σκέψης και τη συμπεριφορά ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Πολύ μεγάλα ποσοστά 40,6% και 51,6% στο αρκετά και πολύ και μικρό 7,8% στο μέτρια.

**Θεωρείτε ότι πρέπει να σέβαστε τον τρόπο σκέψης και την συμπεριφορά των ανθρώπων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο ;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Μέτρια	10	7,8	7,8	7,8
Αρκετά	52	40,6	40,6	48,4
Πολύ	66	51,6	51,6	100,0
Total	128	100,0	100,0	

**Πίνακας 27:** Η κατανομή του Σεβασμού τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς

### **3.1.24. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Απόλαυση των διαφορών ανθρώπων από άλλα είδη πολιτισμών, όπως και της επαφής και επικοινωνίας μαζί τους.**

Σχετικά με την απόλαυση των διαφορών των ανθρώπων από άλλα είδη πολιτισμών και αν απολαμβάνουν την επαφή και την επικοινωνία μαζί τους οι επαγγελματίες υγείας, απάντησαν 18,3% ότι απολαμβάνει πολύ, 44,4% αρκετά, 30,2% μέτρια, 5,6% λίγο, και 1,6% καθόλου (2 απαντήσεις).

**Απολαμβάνετε τις διαφορές των ανθρώπων από άλλα είδη πολιτισμών, την επαφή και την επικοινωνία μαζί τους ;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	2	1,6	1,6	1,6
Λίγο	7	5,5	5,6	7,1
Μέτρια	38	29,7	30,2	37,3
Αρκετά	56	43,8	44,4	81,7
Πολύ	23	18,0	18,3	100,0
Total	126	98,4	100,0	
Missing System	2	1,6		
Total	128	100,0		

**Πίνακας 28:** Η κατανομή της απόλαυσης των διαφορών

### **3.1.25. Κατανομή δείγματος ως προς τη μεταβλητή Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό – μεταναστευτικό**



Και εδώ παρατηρούμε ότι μόνο το 5,5% δεν έχει θετικές στάσεις ,απόψεις και αντιλήψεις, ενώ το 8,6% λίγο θετικές, το 32% μέτρια θετικές, το 32% αρκετά και το 21,9% πολύ θετικές.

**Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό ;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	7	5,5	5,5	5,5
Λίγο	11	8,6	8,6	14,1
Μέτρια	41	32,0	32,0	46,1
Αρκετά	41	32,0	32,0	78,1
Πολύ	28	21,9	21,9	100,0
Total	128	100,0	100,0	

**Πίνακας 29:** Η κατανομή της θετικότητας των στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων

### 3. 2. CROSSTABS

Στη συνέχεια εξετάζουμε την υπό διερεύνηση μεταβλητή σε σχέση με κάποιες από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά στοιχεία) που παρουσιάζουν ενδιαφέρον.

#### 3.2.1. Σχέση μεταξύ του φύλου και των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων σχετικά με τη παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό – μεταναστευτικό.

Από τον παρακάτω πίνακα 30 φαίνεται ότι δεν υπάρχει ουσιαστική διαφορά στις απαντήσεις των δύο φύλων που αφορούν στις θετικές στάσεις, απόψεις, αντιλήψεις. Το 83,4% των ανδρών και το 86,6% των γυναικών δηλώνουν ότι είναι θετικές (Μέτρια, Αρκετά, Πολύ) οι στάσεις, αντιλήψεις και απόψεις τους σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο μεταναστευτικό.

**Φύλο <sup>Α</sup> Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό ; Crosstabulation**

			Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό ;					Total
			Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ	
Φύλο	Άνδρας	Count	2	3	9	11	6	31
		% within Φύλο	6,5%	9,7%	29,0%	35,5%	19,4%	100,0%
		% of Total	1,6%	2,3%	7,0%	8,6%	4,7%	24,2%
Γυναίκα	Γυναίκα	Count	5	8	32	30	22	97
		% within Φύλο	5,2%	8,2%	33,0%	30,9%	22,7%	100,0%
		% of Total	3,9%	6,3%	25,0%	23,4%	17,2%	75,8%
Total	Total	Count	7	11	41	41	28	128
		% within Φύλο	5,5%	8,6%	32,0%	32,0%	21,9%	100,0%
		% of Total	5,5%	8,6%	32,0%	32,0%	21,9%	100,0%

**Πίνακας 30:** Σχέση μεταξύ του φύλου και των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων

**3.2.2. Σχέση μεταξύ της ηλικίας και των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων σχετικά με τη παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό – μεταναστευτικό.**

Στη παρούσα σύγκριση παρατηρούμε με έκπληξη την απουσία αρνητικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων (Καθόλου, Λίγο) στην ηλικιακή ομάδα «έως 30 ετών». Το μεγαλύτερο αρνητικό ποσοστό (Καθόλου, Λίγο) είναι στην ηλικιακή ομάδα των «41 και άνω». Ενώ οι περισσότερες θετικές απαντήσεις είναι στην ηλικιακή ομάδα των «31-40 ετών».

**Ηλικία \* Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό ; Crosstabulation**

			Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό ;					Total
			Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ	
Ηλικία Έως 30 ετών	Count	0	0	15	10	11	36	
	% within Ηλικία	0,0%	0,0%	41,7%	27,8%	30,6%	100,0%	
	% of Total	0,0%	0,0%	11,7%	7,8%	8,6%	28,1%	
31-40 ετών	Count	2	1	16	16	12	47	
	% within Ηλικία	4,3%	2,1%	34,0%	34,0%	25,5%	100,0%	
	% of Total	1,6%	0,8%	12,5%	12,5%	9,4%	36,7%	
41 και άνω ετών	Count	5	10	10	15	5	45	
	% within Ηλικία	11,1%	22,2%	22,2%	33,3%	11,1%	100,0%	
	% of Total	3,9%	7,8%	7,8%	11,7%	3,9%	35,2%	
Total	Count	7	11	41	41	28	128	
	% within Ηλικία	5,5%	8,6%	32,0%	32,0%	21,9%	100,0%	
	% of Total	5,5%	8,6%	32,0%	32,0%	21,9%	100,0%	

**Πίνακας 31:** Σχέση μεταξύ της ηλικίας και των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων

**3.2.3. Σχέση μεταξύ της ειδικότητας και των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων σχετικά με τη παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό – μεταναστευτικό.**

Εδώ παρατηρείται η έλλειψη των πολύ αρνητικών και πολύ θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων («Καθόλου και πολύ») στον κλάδο των ιατρών. Η πιο μεγάλη θετική ανταπόκριση παρατηρείται στις ομάδες των Διοικητικών υπαλλήλων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών, επιβεβαιώνοντας και αντίστοιχες ξένες μελέτες, αλλά και την έλλειψη αρνητικών απαντήσεων στις ομάδες των διερμηνέων, ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών.

Ποιά είναι η ειδικότητά σας; \* Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό;  
Crosstabulation

			Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό;					Total
			Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ	
Ποιά είναι η ειδικότητά σας;	Ιατρός	Count	0	2	2	4	0	8
		% within Ποιά είναι η ειδικότητά σας;	0,0%	25,0%	25,0%	50,0%	0,0%	100,0%
			0,0%	1,6%	1,6%	3,1%	0,0%	6,3%
	Νοσηλεύτης	Count	4	5	15	12	5	41
		% within Ποιά είναι η ειδικότητά σας;	9,8%	12,2%	36,6%	29,3%	12,2%	100,0%
			3,1%	3,9%	11,7%	9,4%	3,9%	32,0%
	Ψυχολόγος	Count	0	0	3	3	6	12
		% within Ποιά είναι η ειδικότητά σας;	0,0%	0,0%	25,0%	25,0%	50,0%	100,0%
			0,0%	0,0%	2,3%	2,3%	4,7%	9,4%
	Κοινωνικός λειτουργός	Count	0	0	3	5	5	13
		% within Ποιά είναι η ειδικότητά σας;	0,0%	0,0%	23,1%	38,5%	38,5%	100,0%
			0,0%	0,0%	2,3%	3,9%	3,9%	10,2%
	Μαία	Count	0	1	7	3	2	13
		% within Ποιά είναι η ειδικότητά σας;	0,0%	7,7%	53,8%	23,1%	15,4%	100,0%
			0,0%	0,8%	5,5%	2,3%	1,6%	10,2%
	Διερμηνέας	Count	0	0	2	2	4	8
		% within Ποιά είναι η ειδικότητά σας;	0,0%	0,0%	25,0%	25,0%	50,0%	100,0%
			0,0%	0,0%	1,6%	1,6%	3,1%	6,3%
	Διασώστης	Count	3	0	3	3	0	9
		% within Ποιά είναι η ειδικότητά σας;	33,3%	0,0%	33,3%	33,3%	0,0%	100,0%
			2,3%	0,0%	2,3%	2,3%	0,0%	7,0%
	Διοικητικός	Count	0	3	6	9	6	24
		% within Ποιά είναι η ειδικότητά σας;	0,0%	12,5%	25,0%	37,5%	25,0%	100,0%
			0,0%	2,3%	4,7%	7,0%	4,7%	18,8%
Total		Count	7	11	41	41	28	128
			5,5%	8,6%	32,0%	32,0%	21,9%	100,0%
			5,5%	8,6%	32,0%	32,0%	21,9%	100,0%

Πίνακας 32 : Σχέση μεταξύ της ειδικότητας και των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων

### 3.2.4. Σχέση μεταξύ των ετών εργασίας και των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων σχετικά με τη παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό – μεταναστευτικό.

Εδώ παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει διαφορά στις θετικές στάσεις, αντιλήψεις και απόψεις ανάλογα με τα έτη εργασίας στο προσφυγικό – μεταναστευτικό, με το μεγαλύτερο ποσοστό να είναι στις θετικές (Μέτρια, Αρκετά και Πολύ).

Πόσα έτη εργάζεστε στο προσφυγικό-μεταναστευτικό; \* Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό ; Crosstabulation

			Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό ;					Total	
			Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ		
Πόσα έτη εργάζεστε στο προσφυγικό-μεταναστευτικό;	Λιγότερο από 1 έτος	Count	3	6	18	10	5	42	
		% within Πόσα έτη εργάζεστε στο προσφυγικό-μεταναστευτικό;	7,1%	14,3%	42,9%	23,8%	11,9%	100,0%	
		% of Total	2,4%	4,8%	14,3%	7,9%	4,0%	33,3%	
1 έως 3 έτη	1 έως 3 έτη	Count	2	0	15	18	13	48	
		% within Πόσα έτη εργάζεστε στο προσφυγικό-μεταναστευτικό;	4,2%	0,0%	31,3%	37,5%	27,1%	100,0%	
		% of Total	1,6%	0,0%	11,9%	14,3%	10,3%	38,1%	
3 έως 5 έτη	3 έως 5 έτη	Count	1	3	6	9	8	27	
		% within Πόσα έτη εργάζεστε στο προσφυγικό-μεταναστευτικό;	3,7%	11,1%	22,2%	33,3%	29,6%	100,0%	
		% of Total	0,8%	2,4%	4,8%	7,1%	6,3%	21,4%	
Περισσότερο από 5 έτη	Περισσότερο από 5 έτη	Count	1	1	2	3	2	9	
		% within Πόσα έτη εργάζεστε στο προσφυγικό-μεταναστευτικό;	11,1%	11,1%	22,2%	33,3%	22,2%	100,0%	
		% of Total	0,8%	0,8%	1,6%	2,4%	1,6%	7,1%	
Total			7	10	41	40	28	126	
			% within Πόσα έτη εργάζεστε στο προσφυγικό-μεταναστευτικό;	5,6%	7,9%	32,5%	31,7%	22,2%	100,0%
			% of Total	5,6%	7,9%	32,5%	31,7%	22,2%	100,0%

**Πίνακας 33:** Σχέση μεταξύ των ετών εργασίας και των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων

### 3.3. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΑΝΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ

Στη συνέχεια υπολογίστηκαν περιγραφικά μέτρα των εξαρτημένων μεταβλητών (μέση τιμή, τυπική απόκλιση). Στον πίνακα 37, παρουσιάζονται σε ομάδες, όπως διαμορφώθηκαν από την παραγοντική ανάλυση. Πιο κάτω αναλύονται οι παράγοντες, ως προς τη σύνθεσή τους, οι οποίοι αναμένεται να συμβάλλουν συνολικά στις θετικές στάσεις, αντιλήψεις και απόψεις που έχουν οι επαγγελματίες υγείας από την υλοποίηση του προγράμματος PHILOS. Οι ερωτήσεις του πίνακα αποτελούν τις ανεξάρτητες μεταβλητές και οι θετικές στάσεις, αντιλήψεις και απόψεις, την εξαρτημένη μεταβλητή.

#### 3.3.1. Πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας και διοικητικών

Εξετάζονται οι πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας και διοικητικών για το αν παρουσιάζονται δυσκολίες στη φροντίδα ατόμων με διαφορετικότητα, σε ποιο βαθμό οι προκαταλήψεις και η επιφυλακτικότητα επηρεάζουν την απόδοση των

επαγγελματιών υγείας, εάν πρέπει οι εργαζόμενοι στο προσφυγικό – μεταναστευτικό να έχουν ενσυναίσθηση και συμπόνια και θετικά συναισθήματα, δεξιότητες αξιολόγησης και διάγνωσης, καθώς και κλινικές δεξιότητες σχετικά με τη φροντίδα διαπολιτισμικών ομάδων. Ακόμη, διερευνάται αν υπάρχει υπευθυνότητα από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας, σεβασμός στο διαφορετικό τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς και κατά πόσο απολαμβάνουν την επαφή και τις διαφορές των ανθρώπων από άλλα είδη πολιτισμών, και το αν υπάρχει μια αμφίδρομη επικοινωνία μεταξύ τους

Συμφωνούν οι επαγγελματίες υγείας ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολυπολιτισμικούς ασθενείς παρουσιάζει δυσκολίες. Η συντριπτική πλειοψηφία συμφωνεί και συμφωνεί απόλυτα (84,4%). Δεν είναι ξεκάθαρες οι απόψεις τους για το αν οι προκαταλήψεις και η επιφυλακτικότητα επηρεάζουν την απόδοσή τους. Ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν (21,1%), αλλά ένα σημαντικό ποσοστό συμφωνεί και συμφωνεί απόλυτα (46,8%). Από την τιμή της διαμέσου (3,85 περίπου ίσο με 4) είναι φανερό ότι περίπου οι μισοί συμφωνούν ότι τα συναισθήματα τους είναι θετικά κατά την φροντίδα των ωφελούμενων (44,5%) και συμφωνούν απόλυτα (25,8%), αλλά και αρκετά μεγάλο ποσοστό (21,9) διατηρεί ουδέτερη στάση. Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα (88,2%) ότι όσοι ασχολούνται με το προσφυγικό-μεταναστευτικό πρέπει να έχουν ενσυναίσθηση. Σχεδόν το σύνολο των ερωτώμενων συμφωνεί και συμφωνεί απόλυτα (95,3%) ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να έχουν δεξιότητες αξιολόγησης διάγνωσης και κλινικές σχετικά με την φροντίδα διαπολιτισμικών ομάδων. Το (92,2%) θεωρεί ότι πρέπει να σέβεται τον τρόπο σκέψης και την συμπεριφορά των ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Το 44,4% δηλώνει ότι απολαμβάνει τις διαφορές, την επικοινωνία και την επαφή με ανθρώπους από άλλα είδη πολιτισμών. Άρα, συμφωνούν ότι είναι θετικές οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας και των διοικητικών υπαλλήλων σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες (μέσος όρος χαρακτηριστικών=4.031, πίνακας).

Πεποιθήσεις επαγγελματιών υγείας και διοικητικών			%	%	%	%	%
Ερωτήσεις	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	1 Διαφωνώ απόλυτα ή Καθόλου	2 Διαφωνώ ή Λίγο	3 ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ ή Μέτρια	4 Συμφωνώ ή Αρκετά	5 Συμφωνώ απόλυτα ή Πολύ
Πιστεύετε ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολυπολιτισμικούς ασθενείς παρουσιάζει δυσκολίες;	4,27	,830	,8	2,3	12,5	37,5	46,9
Οι προκαταλήψεις και η επιφυλακτικότητα επηρεάζουν την απόδοση των επαγγελματιών υγείας;	3,15	1,293	14,8	17,2	21,1	32,0	14,8
Τα συναισθήματα σας είναι θετικά κατά την φροντίδα των ωφελούμενων	3,85	,965	3,1	4,7	21,9	44,5	25,8
Συμφωνείτε ότι όσοι ασχολούνται με το προσφυγικό-μεταναστευτικό πρέπει να έχουν ενσυναίσθηση/συμπόνοια	4,36	,833	1,6	1,6	8,7	35,4	52,8
Πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να έχουν δεξιότητες αξιολόγησης και διάγνωσης, όπως και κλινικές δεξιότητες σχετικά με την φροντίδα διαπολιτισμικών ομάδων;	4,43	,648	,8	0	3,9	46,1	49,2
Θεωρείτε ότι πρέπει να σέβαστε τον τρόπο σκέψης και την συμπεριφορά των ανθρώπων με διαφορετικό πολιτιστικό υπόβαθρο;	4,44	,637	0	0	7,8	40,6	51,6
Απολαμβάνετε τις διαφορές των ανθρώπων από άλλα είδη πολιτισμών, την επαφή και την επικοινωνία μαζί τους;	3,72	,882	1,6	5,6	30,2	44,4	18,3

**Πίνακας 34:** Μέσος όρος και τυπική απόκλιση του παράγοντα «Πεποιθήσεις επαγγελματιών υγείας και διοικητικών»

### 3.3.2. Συμπεριφορά-πρακτικές επαγγελματιών υγείας και διοικητικών

Μελετώνται οι συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας και των διοικητικών σχετικά με την παροχή φροντίδας σε πρόσφυγες και μετανάστες. Τίθεται το ερώτημα, αν το προσωπικό προσαρμόζει τον τρόπο εργασίας και τη συμπεριφορά του, όταν προσφέρει υπηρεσίες σε πρόσφυγες και μετανάστες, αν προσπαθεί να μάθει το κοινωνικό και πολιτιστικό υπόβαθρο των ωφελούμενων, αν συλλέγει πληροφορίες σχετικά με τις πεποιθήσεις για την υγεία, την ασθένεια, τις πρακτικές υγείας και τον τρόπο ζωής τους. Επίσης, αν και σε ποιο βαθμό, είναι επαγγελματική η στάση του απέναντι στους ωφελούμενους, αν τους αντιμετωπίζουν με ευγένεια και αλληλεγγύη και αν δείχνουν κατανόηση και ανεκτικότητα στην διαφορετικότητα.

Συμφωνούν (46.9%) και συμφωνούν απόλυτα (25%) ότι προσαρμόζουν τη συμπεριφορά και τον τρόπο λειτουργίας τους όταν έχουν απέναντι τους άτομα με

διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Ποσοστό 56,3% συμφωνούν και συμφωνούν πολύ ότι προσπαθούν να μάθουν το κοινωνικό υπόβαθρο των ατόμων στα οποία παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Επίσης, συμφωνούν (32,3%) και συμφωνούν πολύ (16,5%) ότι συλλέγουν πληροφορίες σχετικά με τις πεποιθήσεις των μεταναστών για την υγεία, την ασθένεια, τον τρόπο ζωής και τις πρακτικές υγείας της χώρας του. Αρκετά μεγάλο και το ποσοστό (26,0%) αυτών που ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν. Τεράστια είναι τα ποσοστά αυτών που συμφωνούν απόλυτα (68,0%) και αυτών που συμφωνούν (28,9%) ότι αντιμετωπίζουν με ευγένεια και αλληλεγγύη τους ωφελούμενους και κρατούν επαγγελματική στάση απέναντι τους. Αξιοσημείωτο είναι το μεγάλο ποσοστό (92,2%) αυτών που συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα ότι δείχνουν κατανόηση στην διαφορετικότητα των ωφελούμενων. Από την τιμή του μέσου όρου 3,916 διαπιστώνουμε ότι συμφωνούν οι επαγγελματίες υγείας ως προς τις θετικές στάσεις τους για την παροχή φροντίδας υγείας στον προσφυγικό και μεταναστευτικό πληθυσμό.

Συμπεριφορά επαγγελματιών υγείας και διοικητικών			%	%	%	%	%
Ερωτήσεις	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	1 Διαφωνώ απόλυτα ή Καθόλου	2 Διαφωνώ ή Λίγο	3 ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ ή Μέτρια	4 Συμφωνώ ή Αρκετά	5 Συμφωνώ απόλυτα ή Πολύ
Προσαρμόζετε τον τρόπο λειτουργίας σας και την συμπεριφορά σας όταν έχετε απέναντι σας κάποιον με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα και κουλτούρα;	3,77	1,105	6,3	7,8	14,1	46,9	25,0
Προσπαθείτε να μάθετε το κοινωνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο του ατόμου στο οποίο παρέχετε υπηρεσίες υγείας;	3,42	1,188	7,8	16,4	19,5	38,3	18,0
Συλλέγετε πληροφορίες σχετικά με τις πεποιθήσεις για την υγεία, την ασθένεια, τον τρόπο ζωής και τις πρακτικές υγείας της χώρας του;	3,35	1,137	5,5	19,7	26,0	32,3	16,5
Είναι επαγγελματική η στάση σας απέναντι στους ωφελούμενους; Τους αντιμετωπίζετε με ευγένεια και αλληλεγγύη;	4,64	,571	0	,8	2,3	28,9	68,0
Δείχνετε κατανόηση στη διαφορετικότητα των ωφελούμενων;	4,40	,656	0	,8	7,0	43,8	48,4

**Πίνακας 35:** Μέσος όρος και τυπική απόκλιση του παράγοντα «Στάσεις επαγγελματιών υγείας και διοικητικών»



### 3.3.3. Δεξιότητες επαγγελματιών υγείας και διοικητικών

Διερευνώνται οι δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας και διοικητικών σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες. Επίσης, αναλύονται οι γνώμες του προσωπικού για το εάν θεωρούν ότι έχουν τις απαραίτητες δεξιότητες για να αντεπεξέλθουν στις προκλήσεις και τις δυσκολίες του προγράμματος, και ειδικότερα με την ιδιαίτερη στάση των ωφελούμενων (μετανάστες-πρόσφυγες) σε θέματα υγείας (μεταγίσεις, νηστεία, ραμαζάνι κλπ). Περισσότεροι από τους μισούς συμφωνούν (51,6%) ή συμφωνούν απόλυτα (21,1%) ότι έχουν τις απαραίτητες δεξιότητες να αντεπεξέλθουν στις προκλήσεις σχετικά με την πολιτισμικότητα των ωφελουμένων. Ενώ μικρό ποσοστό (11,8%) διαφωνούν κρίνοντας ότι δεν διαθέτουν τις απαραίτητες δεξιότητες για να ανταποκριθούν στο ρόλο τους. Ξεκάθαρα πολύ μεγάλο ποσοστό (63,3%) συμφωνούν ότι παρά την ιδιαίτερη στάση των προσφύγων και μεταναστών σε ορισμένα θέματα μπορούν να τους βοηθήσουν. Πολύ μικρό είναι το ποσοστό (9,5%) αυτών που δηλώνουν ότι δεν μπορούν να τους βοηθήσουν. Οπότε οι επαγγελματίες υγείας και διοικητικοί υπάλληλοι του PHILOS αναφέρουν ότι είναι θετικές οι δεξιότητες τους (μέσος όρος 3.815, πίνακας 37), σχετικά με την παροχή φροντίδας υγείας σε προσφυγικό και μεταναστευτικό πληθυσμό.

Δεξιότητες επαγγελματιών υγείας και διοικητικών			%	%	%	%	%
Ερωτήσεις	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	1 Διαφωνώ απόλυτα ή καθόλου	2 Διαφωνώ ή λίγο	3 ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ ή μέτρια	4 Συμφωνώ ή αρκετά	5 Συμφωνώ απόλυτα ή πολύ
Πιστεύετε ότι έχετε τις απαραίτητες δεξιότητες για να αντεπεξέλθετε στις προκλήσεις σχετικά με την πολιτισμικότητα των ωφελούμενων	3,77	1,031	5,5	6,3	15,6	51,6	21,1
Παρά την ιδιαίτερη στάση ωφελούμενων σε θέματα υγείας (μεταγίσεις, νηστεία και άλλα), νομίζετε ότι μπορείτε να τους βοηθήσετε.	3,86	,820	,8	8,6	10,9	63,3	16,4

**Πίνακας 36:** Περιγραφικά μέτρα του παράγοντα «Δεξιότητες επαγγελματιών υγείας και διοικητικών»

### 3.4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΩΝ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΩΝ, ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ

Συμπερασματικά, οι επαγγελματίες υγείας και διοικητικοί συμφωνούν ότι είναι θετικές οι στάσεις, οι απόψεις και οι αντιλήψεις τους ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας σε προσφυγικό και μεταναστευτικό πληθυσμό.

<b>Παράγοντες</b>	<b>Μέσος όρος</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>
Πεποιθήσεις	4,031	0,869
Συμπεριφορά	3,916	0,931
Δεξιότητες	3,815	0,925

**Πίνακας 37:** Μέση τιμή-Τυπική απόκλιση των παραγόντων

## ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

Τα αποτελέσματα της Περιγραφικής Στατιστικής χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή και γενίκευση συμπερασμάτων και δίνουν την ευκαιρία να εξηγηθεί η σχέση ανάμεσα σε μεταβλητές με σκοπό να κάνουμε προβλέψεις σχετικά με τον πληθυσμό.

### **4.1.ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ (Principal Component Analysis) - ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ**

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, μετά την Περιγραφική Στατιστική έγινε Παραγοντική Ανάλυση σε Κύριες Συνιστώσες (Principal Components Analysis), με στόχο την εκτίμηση των κύριων συνιστωσών των στάσεων, απόψεων και αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας. Η παραπάνω μέθοδος χρησιμοποιήθηκε για την εξαγωγή των κύριων παραγόντων, γιατί κάποιες ερωτήσεις δεν ήταν ξεκάθαρο σε ποια ομάδα παράγοντα ανήκαν.

#### **4.1.1. Προυποθέσεις εφαρμογής της Παραγοντικής Ανάλυσης**

##### **4.1.1.1 Έλεγχος καταλληλότητας δεδομένων**

Πριν την εφαρμογή της μεθόδου, ελέγχθηκε η καταλληλότητα των δεδομένων με τα ακόλουθα τεστ.

- Τεστ Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)

Η τιμή του δείκτη είναι αρκετά υψηλή  $0.703 > 0.5$ , που σημαίνει ότι οι συσχετίσεις μεταξύ των δεδομένων είναι αρκετά υψηλές. Άρα, τα δεδομένα κρίνονται κατάλληλα για τη χρήση της μεθόδου της Παραγοντικής Ανάλυσης.

<b>KMO and Bartlett's Test</b>		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,703
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	492,709
	Df	120
	Sig.	,000

**Πίνακας 38:** Bartlett test

- Τεστ σφαιρικότητας του Bartlett (για πληρέστερη εξέταση της καταλληλότητας)

$H_0$ : Ο πίνακας συσχετίσεων είναι ο μηδενικός

$H_1$ : Ο πίνακας συσχετίσεων δεν είναι ο μηδενικός

Από τον παραπάνω πίνακα το  $X^2 = 492,709$  με 120 βαθμούς ελευθερίας είναι μεγάλο και  $p\text{-value}=0.00 < 0.05$  (η ανάλυση θα αποφέρει αξιόπιστους παράγοντες). Άρα, η υπόθεση  $H_0$  απορρίπτεται και ο πίνακας συσχετίσεων δεν είναι ο μηδενικός. Επομένως τα δεδομένα κρίνονται κατάλληλα. Οι τιμές των δύο παραπάνω δεικτών είναι αποδεκτές. Επομένως είναι περιττό να προχωρήσουμε σε έλεγχο των τιμών MSA για κάθε μεταβλητή χωριστά.

#### **4.1.1.2.Ομαδοποίηση μεταβλητών-Παράγοντες**

Για την ομαδοποίηση των μεταβλητών εφαρμόστηκε η μέθοδος της Παραγοντικής Ανάλυσης με τη μέθοδο των Κύριων Συνιστωσών. Στον παρακάτω πίνακα 39, βλέπουμε τα ποσοστά της συνολικής διακύμανσης που ερμηνεύει η κάθε μεταβλητή, όπως προέκυψε από την εφαρμογή της μεθόδου των Κύριων Συνιστωσών. Σύμφωνα με το κριτήριο του Kaiser, προέκυψαν 4 παράγοντες (έχουν φορτία μεγαλύτερα του 1), που εξηγούν το 60% περίπου της συνολικής διακύμανσης. Ο πρώτος παράγοντας εξηγεί το 27% της συνολικής διακύμανσης, ενώ οι επόμενοι τρεις παράγοντες εξηγούν το 33% περίπου της διακύμανσης, άρα έχει πολύ μεγαλύτερη βαρύτητα από τους άλλους. Ο δεύτερος το 13%, ο τρίτος το 12%, και ο τέταρτος το 8% της συνολικής διασποράς. Άρα τη μεγαλύτερη βαρύτητα την έχει ο πρώτος παράγοντας και μάλιστα εξηγεί το ίδιο ποσοστό της διακύμανσης που εξηγούν αθροιστικά οι υπόλοιποι τρεις βασικοί παράγοντες.

**Total Variance Explained**

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings <sup>a</sup>
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	3,742	26,732	26,732	3,742	26,732	26,732	3,201
2	1,756	12,544	39,275	1,756	12,544	39,275	1,593
3	1,641	11,722	50,997	1,641	11,722	50,997	2,434
4	1,129	8,062	59,059	1,129	8,062	59,059	1,938
5	,900	6,430	65,489				
6	,885	6,323	71,812				
7	,741	5,292	77,104				
8	,701	5,008	82,113				
9	,628	4,487	86,600				
10	,508	3,625	90,225				
11	,439	3,133	93,357				
12	,369	2,636	95,993				
13	,289	2,066	98,060				
14	,272	1,940	100,000				

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. When components are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance.

**Πίνακας 39:** Ποσοστά διακύμανσης που ερμηνεύουν οι μεταβλητές

Communalities		
	Initial	Extraction
Πιστεύετε ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολυπολιτισμικούς ασθενείς παρουσιάζει δυσκολίες ;	1,000	,614
Πιστεύετε ότι έχετε τις απαραίτητες δεξιότητες για αντιμετωπίσετε στις προκλήσεις σχετικά με την πολιτισμικότητα των ωφελουμένων ;	1,000	,634
Παρά την ιδιαίτερη στάση των ωφελουμένων σε θέματα υγείας (μεταγγίσεις, νηστεία και άλλα), νομίζετε ότι μπορείτε να τους βοηθήσετε ;	1,000	,744
Προσαρμόζετε τον τρόπο λειτουργίας σας και την συμπεριφορά σας όταν έχετε απέναντί σας κάποιον με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα και κουλτούρα ;	1,000	,616
Προσπαθείτε να μάθετε το κοινωνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο του ατόμου στο οποίο παρέχετε υπηρεσίες υγείας ;	1,000	,770
Συλλέγετε πληροφορίες σχετικά με τις πεποιθήσεις για την υγεία, την ασθένεια, τον τρόπο ζωής και τις πρακτικές υγείας, της χώρας του ;	1,000	,780
Οι προκαταλήψεις και η επιφυλακτικότητα επηρεάζουν την απόδοση των επαγγελματιών υγείας ;	1,000	,579
Τα συναισθήματα σας είναι θετικά κατά την φροντίδα των ωφελουμένων ;	1,000	,515
Είναι επαγγελματική η στάση σας απέναντι στους ωφελουμένους ;Τους αντιμετωπίζετε με ευγένεια και αλληλεγγύη ;	1,000	,552
Συμφωνείτε ότι όσοι ασχολούνται με το προσφυγικό-μεταναστευτικό πρέπει να έχουν ενσυναίσθηση/συμπόνια ;	1,000	,625
Πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να έχουν δεξιότητες αξιολόγησης και διάγνωσης, όπως και κλινικές δεξιότητες σχετικά με την φροντίδα διαπολιτισμικών ομάδων;	1,000	,428
Δείχνετε κατανόηση στη διαφορετικότητα των ωφελουμένων;	1,000	,483
Θεωρείτε ότι πρέπει να αερίσετε τον τρόπο σκέψης και την συμπεριφορά των ανθρώπων με διαφορετικό πολιτιστικό υπόβαθρο ;	1,000	,523
Απολαμβάνετε τις διαφορές των ανθρώπων από άλλα είδη πολιτισμών, την επαφή και την επικοινωνία μαζί τους ;	1,000	,406

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Πίνακας 40:Εταιρικότητες

Οι εταιρικότητες, δηλαδή οι διακυμάνσεις που εξηγούν τους παράγοντες που προσαρμόστηκαν εμφανίζονται σε ικανοποιητικά ποσοστά, σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα. Με το μοντέλο αυτό ερμηνεύουμε το 78 % (υψηλότερο ποσοστό) της «Συλλογής πληροφοριών για την υγεία κλπ.» και το χαμηλότερο ποσοστό που είναι 40,6% (το 40,6% της μεταβλητής «Απολαμβάνετε τις διαφορές των ανθρώπων από άλλα είδη πολιτισμών»). Οι υπόλοιπες διαστάσεις των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων, ερμηνεύονται με ποσοστά μεταξύ 40,6% και 78%, που

θεωρούνται ικανοποιητικά. Άρα, έχουμε ακόμη μία ένδειξη ότι το μοντέλο μας ερμηνεύει αρκετά ικανοποιητικά τη μεταβλητή της θετικότητας των στάσεων, απόψεων και αντιλήψεων, εφόσον ερμηνεύει ικανοποιητικά κάθε μεταβλητή.

Τα φορτία κάποιων μεταβλητών στις ομάδες που σχηματίστηκαν με την παραγοντική ανάλυση, παρουσίαζαν χαμηλές τιμές ενώ τα φορτία άλλων μεταβλητών υψηλές και ταυτόχρονα υπήρχαν και αρνητικές τιμές όπως βλέπουμε στον παρακάτω πίνακα.

Component Matrix <sup>a</sup>				
	Component			
	1	2	3	4
Πιστεύετε ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολυπολιτισμικούς ασθενείς παρουσιάζει δυσκολίες ;	,027	,624	,066	,469
Πιστεύετε ότι έχετε τις απαραίτητες δεξιότητες για αντεπεξέλθετε στις προκλήσεις σχετικά με την πολιτισμικότητα των ωφελουμένων ;	,418	-,454	,341	,370
Παρά την ιδιαίτερη στάση των ωφελουμένων σε θέματα υγείας (μεταγνώσεις, νηστεία και άλλα), νομίζετε ότι μπορείτε να τους βοηθήσετε ;	,371	-,545	,219	,511
Προσαρμόζετε τον τρόπο λειτουργίας σας και την συμπεριφορά σας όταν έχετε απέναντί σας κάποιον με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα και κουλτούρα ;	,488	,220	,553	,154
Προσπαθείτε να μάθετε το κοινωνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο του ατόμου στο οποίο παρέχετε υπηρεσίες υγείας ;	,656	,175	,478	-,284
Συλλέγετε πληροφορίες σχετικά με τις πεποιθήσεις για την υγεία, την ασθένεια, τον τρόπο ζωής και τις πρακτικές υγείας, της χώρας του ;	,506	,084	,553	-,459
Οι προκαταλήψεις και η επιφυλακτικότητα επηρεάζουν την απόδοση των επαγγελματιών υγείας ;	,179	,679	,136	,260
Τα συναισθήματά σας είναι θετικά κατά την φροντίδα των ωφελουμένων ;	,605	-,212	-,302	,110
Είναι επαγγελματική η στάση σας απέναντι στους ωφελουμένους ;Τους αντιμετωπίζετε με ευγένεια και αλληλεγγύη ;	,610	-,261	-,269	-,198
Συμφωνείτε ότι όσοι προσφυγικό-μεταναστευτικό πρέπει να έχουν ενσυναίσθηση/συμπόνια ;	,609	,196	-,451	,110
Πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να έχουν δεξιότητες αξιολόγησης και διάγνωσης, όπως και κλινικές δεξιότητες σχετικά με την φροντίδα διαπολιτισμικών ομάδων;	,436	,343	-,347	-,014
Δείχνετε κατανόηση στη διαφορετικότητα των ωφελουμένων;	,664	-,120	-,091	-,136
Θεωρείτε ότι πρέπει να σέβαστε τον τρόπο σκέψης και την συμπεριφορά των ανθρώπων με διαφορετικό πολιτιστικό υπόβαθρο ;	,678	-,013	-,199	,152
Απολαμβάνετε τις διαφορές των ανθρώπων από άλλα είδη πολιτισμών, την επαφή και την επικοινωνία μαζί τους ;	,522	,184	-,277	-,151

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
a. 4 components extracted.

**Πίνακας 41:** Φορτίσεις πριν την ορθογώνια περιστροφή

Για να διορθωθούν οι φορτίσεις σε αυτούς τους παράγοντες, φορτίζοντας κάποιους άλλους, έγινε ορθογώνια περιστροφή και προέκυψαν τέσσερις ομάδες όπως φαίνονται στον παραπάνω πίνακα.

**Rotated Component Matrix<sup>a</sup>**

	Component			
	1	2	3	4
Πιστεύετε ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολιτισμικούς ασθενείς παρουσιάζει δυσκολίες ;	,006	-,057	-,020	,782
Πιστεύετε ότι έχετε τις απαραίτητες δεξιότητες για αντεπεξέλθει στις προκλήσεις σχετικά με την πολιτισμικότητα των ωφελουμένων ;	,074	,201	,765	-,063
Παρά την ιδιαίτερη στάση των ωφελουμένων σε θέματα υγείας (μεταγγίσεις, νηστεία και άλλα), νομίζετε ότι μπορείτε να τους βοηθήσετε ;	,099	,010	,853	-,074
Προσαρμόζετε τον τρόπο λειτουργίας σας και την συμπεριφορά σας όταν έχετε απέναντι σας κάποιον με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα και κουλτούρα ;	,058	,600	,326	,383
Προσπαθείτε να μάθετε το κοινωνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο του ατόμου στο οποίο παρέχετε υπηρεσίες υγείας ;	,252	,830	,096	,094
Συλλέγετε πληροφορίες σχετικά με τις πεποιθήσεις για την υγεία, την ασθένεια, τον τρόπο ζωής και τις πρακτικές υγείας, της χώρας του ;	,088	,875	,007	-,081
Οι προκαταλήψεις και η επιφυλακτικότητα επηρεάζουν την απόδοση των επαγγελματιών υγείας ;	,096	,177	-,115	,725
Τα συναισθήματά σας είναι θετικά κατά την φροντίδα των ωφελουμένων ;	,642	,005	,302	-,104
Είναι επαγγελματική η στάση σας απέναντι στους ωφελουμένους ;Τους αντιμετωπίζετε με ευγένεια και αλληλεγγύη ;	,635	,167	,140	-,317
Συμφωνείτε ότι όσοι ασχολούνται με το προσφυγικό-μεταναστευτικό πρέπει να έχουν ενσυναίσθηση/συμπόνια ;	,765	-,031	,018	,198
Πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να έχουν δεξιότητες αξιολόγησης και διάγνωσης, όπως και κλινικές δεξιότητες σχετικά με την φροντίδα διαπολιτισμικών ομάδων;	,580	,038	-,174	,245
Δείχνετε κατανόηση στη διαφορετικότητα των ωφελουμένων;	,577	,315	,177	-,139
Θεωρείτε ότι πρέπει να σέβαστε τον τρόπο σκέψης και την συμπεριφορά των ανθρώπων με διαφορετικό πολιτιστικό υπόβαθρο ;	,649	,127	,274	,099
Απολαμβάνετε τις διαφορές των ανθρώπων από άλλα είδη πολιτισμών, την επαφή και την επικοινωνία μαζί τους ;	,600	,169	-,119	,055

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.  
 a. Rotation converged in 6 iterations.

**Πίνακας 42:** Φορτίσεις μετά την περιστροφή



Οι ομάδες δημιουργήθηκαν, επιλέγοντας την ένταξη των ερωτήσεων, οι οποίες φόρτιζαν σε δύο ή περισσότερους παράγοντες.

	1 <sup>η</sup> ομάδα	2 <sup>η</sup> ομάδα	3 <sup>η</sup> ομάδα	4 <sup>η</sup> ομάδα
Αριθμός ερώτησης	13 <sup>η</sup>	18 <sup>η</sup>	23 <sup>η</sup>	11 <sup>η</sup>
Αριθμός ερώτησης	14 <sup>η</sup>	19 <sup>η</sup>	24 <sup>η</sup>	12 <sup>η</sup>
Αριθμός ερώτησης	15 <sup>η</sup>	20 <sup>η</sup>		
Αριθμός ερώτησης	16 <sup>η</sup>			
Αριθμός ερώτησης	17 <sup>η</sup>			
Αριθμός ερώτησης	21 <sup>η</sup>			
Αριθμός ερώτησης	22 <sup>η</sup>			

**Πίνακας 43:** Παράγοντες μεταβλητής «θετικών στάσεων, απόψεων, αντιλήψεων» που προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση

Όμως στην 4<sup>η</sup> ομάδα, ο συντελεστής Cronbach'a παρουσίασε χαμηλή τιμή  $\alpha=0,444$ , που σημαίνει ότι δεν υπάρχει ικανοποιητική σύνδεση των δύο ερωτήσεων. Στις υπόλοιπες παρουσίασε αρκετά υψηλές τιμές: Στην 1<sup>η</sup> ομάδα Cronbach'a αρκετά υψηλή τιμή  $\alpha=0,749$ , στη 2<sup>η</sup> ομάδα Cronbach'a αρκετά υψηλή τιμή  $\alpha=0,754$  και στη 3<sup>η</sup> ομάδα Cronbach'a αρκετά υψηλή τιμή  $\alpha=0,696$ . Σύμφωνα με τους Φαρμάκης και Παπατσούμα (2014), οι δύο ερωτήσεις της 4<sup>ης</sup> ομάδας έχουν πολύ υψηλή φόρτιση. Η 11<sup>η</sup> ερώτηση έχει 0.782 και η 12<sup>η</sup> ερώτηση 0.725. Συνεπώς, δεν μπορούν να απορριφθούν από την περαιτέρω ανάλυση, γιατί θα χαθεί μεγάλο μέρος της πληροφορίας που «κρύβουν». Γι αυτό εντάχθηκαν στις άλλες ομάδες. Η 11<sup>η</sup> και η 12<sup>η</sup> ερώτηση εντάχθηκαν στην Πρώτη ομάδα, και η 21<sup>η</sup> ερώτηση όπως και η 22<sup>η</sup> εντάχθηκαν στη δεύτερη ομάδα. Έτσι, προέκυψαν 3 νέοι παράγοντες με υψηλές τιμές του δείκτη Cronbach a.

	Πεποιθήσεις	Συμπεριφορά	Δεξιότητες
Αριθμός ερώτησης	11 <sup>η</sup>	18 <sup>η</sup>	23 <sup>η</sup>
Αριθμός ερώτησης	12 <sup>η</sup>	19 <sup>η</sup>	24 <sup>η</sup>
Αριθμός ερώτησης	13 <sup>η</sup>	20 <sup>η</sup>	
Αριθμός ερώτησης	14 <sup>η</sup>	21 <sup>η</sup>	
Αριθμός ερώτησης	15 <sup>η</sup>	22 <sup>η</sup>	
Αριθμός ερώτησης	16 <sup>η</sup>		
Αριθμός ερώτησης	17 <sup>η</sup>		
Cronbach'a	0,608	0,706	0,696

**Πίνακας 44:** Τελικός πίνακας παραγόντων «θετικών στάσεων, απόψεων, αντιλήψεων»

Τέλος, με την εντολή compute δημιουργήσαμε τρεις νέες μεταβλητές με βάση τους τρεις παράγοντες που προέκυψαν.

Transform> compute variable

## 4.2. ΓΡΑΜΜΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

### 4.2.1. Συντελεστής Pearson

Μετά την Παραγοντική Ανάλυση, εξετάστηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών ελέγχου (Φύλο, ηλικία, επίπεδο σπουδών, ειδικότητα, έτη απασχόλησης στο μεταναστευτικό, Ώρες επιμόρφωσης) και των ανεξάρτητων μεταβλητών (Απόψεις, στάσεις, αντιλήψεις, επαγγελματιών υγείας και διοικητικών για την παροχή υγείας στο μεταναστευτικό), καθώς και μεταξύ των μεταβλητών ελέγχου και της μεταβλητής των θετικών στάσεων, απόψεων και αντιλήψεων. Επελέγησαν από τις μεταβλητές ελέγχου αυτές που προσεγγίζουν ικανοποιητικά την κανονική κατανομή. Για τον εντοπισμό του βαθμού γραμμικής συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών, υπολογίστηκε ο βαθμός συσχέτισης του Pearson ( $r$ ), ο πιο διαδεδομένος παραμετρικός στατιστικός δείκτης. Ελέγχει την ύπαρξη γραμμικής συσχέτισης μεταξύ δύο ή περισσότερων μεταβλητών και την ένταση της συσχέτισης. Δεν εξετάζει την αιτιατή σχέση. Οι τιμές είναι από -1 έως +1. Αν είναι +1, έχω τέλεια θετική γραμμική συσχέτιση και -1 τέλεια αρνητική γραμμική συσχέτιση. Αν η τιμή του είναι κοντά στο μηδέν, δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση. Θετικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης σημαίνει ότι μεγάλες τιμές της μιας μεταβλητής αντιστοιχούν σε μεγάλες τιμές της άλλης, ενώ όταν είναι αρνητικός μεγάλες τιμές της μιας αντιστοιχούν σε μικρές τιμές της άλλης.

### 4.2.2. Συσχετίσεις μεταβλητών

#### 4.2.2.1. Συσχετίσεις ανεξάρτητων μεταβλητών και θετικών στάσεων, πεποιθήσεων, συμπεριφοράς και δεξιοτήτων.

Οι πολύ υψηλές τιμές του συντελεστή Pearson, σύμφωνα με τον πίνακα, δείχνουν τον υψηλό βαθμό συσχέτισης των μεταβλητών, δεδομένου ότι το μέγεθος του δείγματος είναι μεγάλο (128 από σύνολο περίπου 600). Σημαντικά ισχυρό βαθμό θετικής γραμμικής συσχέτισης παρουσιάζει το ζεύγος των μεταβλητών «Συμπεριφορά» και «Πεποιθήσεις» ( $r = 0,406$ ,  $p < 0,01$ ). Δηλαδή, όσο αυξάνεται η «συμπεριφορά» τόσο περισσότερες είναι οι «Πεποιθήσεις». Σημαντικά ισχυρό βαθμό

θετικής γραμμικής συσχέτισης παρουσιάζει το ζεύγος των μεταβλητών «θετικών απόψεων αντιλήψεων στάσεων» και «πεποιθήσεων» ( $r = 0,425$ ,  $p < 0,01$ ). Δηλαδή, όσο θετικότερες είναι οι «πεποιθήσεις» και τα αισθήματα των επαγγελματιών υγείας και των διοικητικών υπαλλήλων σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στους ωφελούμενους τόσο «θετικότερες είναι οι αντιλήψεις στάσεις και απόψεις» τους.

Ικανοποιητική είναι η σχέση μεταξύ «δεξιοτήτων» και «συμπεριφοράς» ( $r=0,327$ ,  $p < 0,01$ ). Δηλαδή όσο περισσότερες δεξιότητες έχουν αναπτύξει οι εργαζόμενοι του προγράμματος PHILOS, ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας σε προσφυγικό και μεταναστευτικό πληθυσμό τόσο πιο θετική είναι η συμπεριφορά τους. Επίσης, ικανοποιητική είναι η συσχέτιση του ζεύγους «συμπεριφορά» - «θετικών στάσεων, αντιλήψεων, απόψεων» ( $r = 0,343$ ,  $p < 0,01$ ). Όσο πιο θετικές είναι οι απόψεις-στάσεις-αντιλήψεις των εργαζομένων, τόσο πιο θετική είναι και η συμπεριφορά τους στις υπηρεσίες που παρέχουν σε πρόσφυγες και μετανάστες. Τέλος, ικανοποιητική είναι η γραμμική σχέση μεταξύ «θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων» και «δεξιοτήτων» των εργαζομένων του προγράμματος PHILOS ( $r = 0,398$ ,  $p < 0,01$ ).

Αύξηση των δεξιοτήτων του προσωπικού που απασχολείται στο πρόγραμμα PHILOS οδηγεί σε αύξηση των θετικών στάσεων αντιλήψεων και απόψεων τους σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας που παρέχουν.

**Correlations**

		Πεποιθήσεις	Συμπεριφορά	Δεξιότητες	Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό ;
Πεποιθήσεις	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 128	,406** ,000 128	,081 ,361 128	,425** ,000 128
Συμπεριφορά	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,406** ,000 128	1 ,000 128	,327** ,000 128	,343** ,000 128
Δεξιότητες	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,081 ,361 128	,327** ,000 128	1 ,000 128	,398** ,000 128
Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό ;	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,425** ,000 128	,343** ,000 128	,398** ,000 128	1  128

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Πίνακας 45:** Πίνακας συσχετίσεων «θετικών στάσεων, αντιλήψεων, απόψεων» και «παραγόντων τους»

#### 4.2.2.2 Συσχετίσεις μεταβλητών «ελέγχου» - «Θετικών στάσεων αντιλήψεων και απόψεων»

Correlations

		Όλο	Ηλικία	Οικονομική κατάσταση	Επίπεδο σπουδών	Ποιά είναι η ειδικότητάς;	Πόσο έτη εργάζεστε στο μεταναστευτικό;	Χρησιμοποιείτε κάποιο ξένη γλώσσα όταν παρέχετε υπηρεσίες σε αφευόμενους (Πρόσφυγες-Μετανάστες)	Σε πόλες ώρες εκπαίδευσης ή επιμόρφωσης έχετε συμμετάσχει σχετικά με την διαπολιτισμική υγεία;	Πιστεύετε ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολυπολιτισμικούς ασθενείς παρουσιάζει δυσκολίες;	Στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες ποιά είναι το μεγαλύτερο εμπόδιο που συναντάτε;	Με ποιά τρόπο επικοινωνείτε περισσότερο με τους αφευόμενους;	Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυμικό-μεταναστευτικό;
Όλο	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 128	-.203 .022 128	-.020 .824 128	-.077 .387 128	-.157 .078 128	.005 .957 128	.064 .471 128	-.001 .992 128	.319** .000 128	.100 .261 128	-.061 .494 127	.024 .787 128
Ηλικία	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.203 .022 128	1 .000 128	.420** .000 128	.191** .030 128	.174 .060 128	-.022 .802 128	-.117 .187 128	-.090 .503 128	-.113 .205 128	-.091 .362 128	.023 .796 127	-.291** .001 128
Οικονομική κατάσταση	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.020 .824 128	.420** .000 128	1 .155 128	.126 .155 128	-.041 .647 128	-.024 .786 128	-.069 .440 128	.000 1.000 128	.002 .982 128	-.073 .415 128	.131 .143 127	-.038 .673 128
Επίπεδο σπουδών	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.077 .387 128	.191** .030 128	.126 .155 128	1 .000 128	-.001 .989 128	.049 .582 128	.159 .073 128	.216 .014 128	.123 .168 128	-.102 .251 128	-.150 .092 127	.071 .427 128
Ποιά είναι η ειδικότητάς;	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.157 .078 128	.174 .050 128	-.041 .647 128	-.001 .989 128	1 .000 128	.159 .075 128	.119 .180 128	.160 .071 128	-.111 .214 128	.033 .709 128	.073 .415 127	.092 .303 128
Πόσο έτη εργάζεστε στο μεταναστευτικό;	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.005 .957 128	-.022 .802 128	-.024 .786 128	.049 .582 128	.158 .075 128	1 .000 128	.223 .011 128	.314** .000 128	-.075 .399 128	-.048 .584 128	-.014 .880 127	.153 .095 128
Χρησιμοποιείτε κάποιο ξένη γλώσσα όταν παρέχετε υπηρεσίες υγείας σε αφευόμενους (Πρόσφυγες-Μετανάστες)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.064 .471 128	-.117 .187 128	-.069 .440 128	.159 .073 128	.119 .180 128	.223 .011 128	1 .000 128	.246** .005 128	.124 .162 128	.023 .796 128	-.102 .253 127	.212* .016 128
Σε πόλες ώρες εκπαίδευσης ή επιμόρφωσης έχετε συμμετάσχει σχετικά με την διαπολιτισμική υγεία;	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.001 .992 128	-.090 .503 128	.000 1.000 128	.216 .014 128	.160 .071 128	.314** .000 128	.246** .005 128	1 .945 128	.006 .945 128	-.056 .527 128	.080 .374 127	.400** .000 128
Πιστεύετε ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολυπολιτισμικούς ασθενείς παρουσιάζει δυσκολίες;	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.319** .000 128	-.113 .205 128	.002 .982 128	.123 .168 128	-.111 .214 128	-.075 .399 128	.124 .162 128	.006 .945 128	1 .753 128	.028 .753 128	.042 .643 127	-.032 .720 128
Στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες ποιά είναι το μεγαλύτερο εμπόδιο που συναντάτε;	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.100 .261 128	-.091 .362 128	-.073 .415 128	-.102 .251 128	.033 .709 128	-.048 .584 128	.023 .796 128	-.056 .527 128	.028 .753 128	1 .796 128	-.023 .796 127	-.121 .174 128
Με ποιά τρόπο επικοινωνείτε περισσότερο με τους αφευόμενους;	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.061 .494 127	.023 .796 127	.131 .143 127	-.150 .092 127	.073 .415 127	-.014 .880 127	-.102 .253 127	.080 .374 127	.042 .643 127	-.023 .795 127	1 .795 127	.166 .062 127
Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυμικό-μεταναστευτικό;	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.024 .787 128	-.291** .001 128	-.038 .673 128	.071 .427 128	.092 .303 128	.153 .095 128	.212* .016 128	.400** .000 128	-.032 .720 128	-.121 .174 128	.166 .062 127	1 128

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 40:** Πίνακας συσχετίσεων «μεταβλητών ελέγχου» – «θετικών στάσεων, αντιλήψεων, απόψεων»

Ικανοποιητικά θετική ισχυρή γραμμική συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ «οικογενειακής κατάστασης» και «ηλικίας» των εργαζομένων στο πρόγραμμα PHILOS ( $r = 0,420, p = 0,01$ ). Η ηλικία σχετίζεται άμεσα με την οικογενειακή τους κατάσταση. Ικανοποιητικά θετικά σχετίζονται οι «θετικές στάσεις, απόψεις, αντιλήψεις» με την εκπαίδευση-επιμόρφωση των εργαζομένων στο πρόγραμμα PHILOS ( $r=0,400, p=0,01$ ). Όσο περισσότερες ώρες εκπαίδευσης ή επιμόρφωσης σχετικές με την παροχή διαπολιτισμικής υγείας έχουν παρακολουθήσει οι απασχολούμενοι του PHILOS, τόσο περισσότερες θετικές στάσεις, απόψεις και αντιλήψεις έχουν σε σχέση με την παροχή υπηρεσιών υγείας σε μεταναστευτικό πληθυσμό.

Σημαντικά ισχυρή θετική γραμμική συσχέτιση υπάρχει μεταξύ «εκπαίδευσης και επιμόρφωσης» και «ετών απασχόλησης» στο PHILOS ( $r = 0,314, p = 0,01$ ). Όση περισσότερη προϋπηρεσία έχουν οι εργαζόμενοι στο προσφυγικό – μεταναστευτικό τόσο περισσότερες ώρες εκπαίδευσης και επιμόρφωσης έχουν παρακολουθήσει.

Επίσης, σημαντικά αρνητική γραμμική συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ της «ηλικίας» των επαγγελματιών υγείας και διοικητικών υπαλλήλων του PHILOS και των «θετικών στάσεων αντιλήψεων και απόψεων» που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο PHILOS ( $r = -0,291, p = 0,01$ ). Όσο αυξάνεται η ηλικία των εργαζομένων του PHILOS, τόσο λιγότερο θετικές είναι οι απόψεις, στάσεις και αντιλήψεις τους που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας σε ωφελούμενους. Επίσης, μέτρια θετική γραμμική συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ «εκπαίδευσης-επιμόρφωσης» και «χρήσης ξένης γλώσσας» ( $r = 0,246, p = 0,01$ ). Παρατηρείται ότι η αύξηση των ωρών επιμορφωτικών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων οδηγεί σε αυξημένη χρήση ξένης γλώσσας ως μέσο επικοινωνίας των εργαζομένων με τους μετανάστες.

Μέτρια θετική γραμμική συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ «ετών απασχόλησης στο PHILOS» και «χρήσης ξένης γλώσσας» ( $r = 0,223, p = 0,05$ ). Δηλαδή, όσο περισσότερα έτη απασχολούνται στο συγκεκριμένο πρόγραμμα τόσο περισσότερο χρησιμοποιούν κάποια ξένη γλώσσα για την συνεννόηση με τους ωφελούμενους. Η «επιμόρφωση» των εργαζομένων στο PHILOS και το «επίπεδο σπουδών» είναι μέτρια θετικά συσχετισμένες ( $r = 0,216, p = 0,05$ ). Όσο μεγαλύτερο είναι το επίπεδο σπουδών τους τόσο μεγαλύτερη συμμετοχή έχουν σε εκπαιδευτικά – επιμορφωτικά σεμινάρια σχετικά με τη διαπολιτισμική υγεία. Οι μεταβλητές «ηλικία» και «φύλο»

είναι μέτρια αρνητικά γραμμικά συσχετισμένες ( $r = -0,203$ ,  $p = 0,05$ ). Οι γυναίκες που εργαζονται στο PHILOS έχουν μικρότερη ηλικία από τους άνδρες.

Μικρή, αλλά στατιστικά σημαντική, θετική γραμμική συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ «επιπέδου σπουδών» και «ηλικίας των εργαζομένων» ( $r = 0,191$ ,  $p = 0,05$ ). Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι έχουν μεγαλύτερο επίπεδο σπουδών, καθώς η Δια Βίου Μάθηση είναι η τάση των τελευταίων ετών.

Τέλος μικρή αλλά στατιστικά σημαντική γραμμική συσχέτιση συνδέει την «ηλικία» των απασχολούμενων στο πρόγραμμα με την «ειδικότητά» τους ( $r = 0,174$ ,  $p = 0,05$ )

### **4.3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΕΛΕΓΧΟΥ ΜΕ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Εξετάστηκαν οι γραμμικές συσχετίσεις των ομάδων – παραγόντων με τις μεταβλητές ελέγχου (Δημογραφικά στοιχεία). Από το παρακάτω πίνακα τιμών του συντελεστή Pearson προέκυψαν μέτριες θετικές ή αρνητικές γραμμικές συσχετίσεις.

Υπάρχει σημαντικά μέτρια θετική γραμμική σχέση μεταξύ φύλου – πεποιθήσεων των επαγγελματιών υγείας του προγράμματος PHILOS ( $r = 0,284$ , sig. 0,01). Δηλαδή, οι πεποιθήσεις των γυναικών για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε διαπολιτισμικούς ασθενείς είναι πιο θετικές από των ανδρών. Επίσης, μικρή αρνητική γραμμική είναι η συσχέτιση των πεποιθήσεων των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με την ηλικία τους ( $r = 0,228$ , sig. 0,01). Δηλαδή, οι ηλικιακά μεγαλύτεροι εργαζόμενοι του προγράμματος PHILOS έχουν λιγότερο θετικές πεποιθήσεις για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες.

Μικρή θετική γραμμική συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ πεποιθήσεων των εργαζομένων και εκπαίδευσης-επιμόρφωσης πάνω στην διαπολιτισμική υγεία ( $r = 0,217$ ,  $p = 0,05$ ). Δηλαδή, αύξηση των ωρών εκπαίδευσης-επιμόρφωσης στην διαπολιτισμική υγεία έχει σαν αποτέλεσμα οι επαγγελματίες υγείας να έχουν θετικότερες πεποιθήσεις στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε διαπολιτισμικούς ασθενείς.

Ικανοποιητικό βαθμό θετικής γραμμικής συσχέτισης παρουσιάζουν τα ζεύγη των μεταβλητών πεποιθήσεις και χρήσης ξένης γλώσσας ( $r = 0,292$ ,  $p = 0,01$ ).

Θετικότερες είναι οι πεποιθήσεις των εργαζομένων στο PHILOS, όσο περισσότερο χρησιμοποιούν μια ξένη γλώσσα για την επικοινωνία με τους ωφελούμενους.

Σημαντικά ισχυρή θετική γραμμική συσχέτιση υπάρχει μεταξύ πεποιθήσεων και αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις δυσκολίες που συναντούν κατά την παροχή διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας ( $r=0,407$ ,  $p=0,01$ ). Όσο θετικότερες είναι οι αντιλήψεις, τόσο θετικότερες και οι πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας.

Επίσης, μέτρια συσχέτιση υπάρχει μεταξύ ηλικίας επαγγελματιών υγείας και συμπεριφοράς τους προς τον προσφυγικό και μεταναστευτικό πληθυσμό ( $r=0,257$ ,  $p=0,01$ ). Όσο αυξάνεται η ηλικία τους τόσο θετικότερη είναι η συμπεριφορά τους.

Μικρή συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ ετών απασχόλησης στο μεταναστευτικό και συμπεριφοράς των εργαζομένων ( $r=0,221$ ,  $p=0,05$ ). Όσο περισσότερα χρόνια εργασίας στο μεταναστευτικό έχουν, τόσο θετικότερη είναι η συμπεριφορά τους απέναντι στους μετανάστες και πρόσφυγες.

Μέτρια συσχέτιση υπάρχει μεταξύ των ωρών εκπαίδευσης-επιμόρφωσης και συμπεριφοράς του προσωπικού ( $r=0,322$ ,  $p=0,01$ ). Όσο περισσότερες ώρες εκπαίδευσης-επιμόρφωσης έχουν παρακολουθήσει οι εργαζόμενοι τόσο θετικότερη είναι η συμπεριφορά τους.

Ικανοποιητική και μάλιστα αρνητική γραμμική είναι η συσχέτιση του ζεύγους δεξιότητες και φύλο ( $r = -0,318$ ,  $p=0,01$ ). Δηλαδή οι δεξιότητες των γυναικών είναι λιγότερες από τις δεξιότητες των ανδρών.

Μέτρια συσχέτιση υπάρχει μεταξύ δεξιοτήτων και ετών εργασίας στο πρόγραμμα PHILOS ( $r=0,249$ ,  $p=0,01$ ) Δηλαδή όσο περισσότερα έτη εργασίας στο μεταναστευτικό έχει το προσωπικό, τόσο αυξημένες δεξιότητες έχει.

Επίσης, μικρή είναι η συσχέτιση μεταξύ δεξιοτήτων των εργαζομένων και χρήσης ξένης γλώσσας ( $r=0,214$ ,  $p=0,05$ ). Δηλαδή οι επαγγελματίες υγείας που διαθέτουν περισσότερες δεξιότητες, χρησιμοποιούν πιο πολύ την ξένη γλώσσα.

Τέλος, ικανοποιητική συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ δεξιοτήτων και ωρών εκπαίδευσης-επιμόρφωσης ( $r = 0,317$ ,  $p=0,01$ ). Αν αυξηθούν οι ώρες εκπαίδευσης-επιμόρφωσης των εργαζομένων, τότε αυξάνονται και οι δεξιότητες.

Correlations<sup>c</sup>

		Φύλο	Ηλικία	Οικογενειακή κατάσταση	Επίπεδο σπουδών	Ποιά είναι η ειδικότητάς;	Πόσα έτη εργάζεστε στο προσωπικό-μεταναστευτικό;	Χρησιμοποιείτε κάποια ξένη γλώσσα όταν παρέχετε υπηρεσίες υγείας σε ωφελούμενους (Πρόσφυγες-Μετανάστες)	Σε πόσες ώρες εκπαίδευσης ή επιμόρφωσης έχετε συμμετάσχει σχετικά με την διαπολιτισμική υγεία;	Πιστεύετε ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολυπολιτισμικούς ασθενείς παρουσιάζει δυσκολίες;	Στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες ποιά είναι το μεγαλύτερο εμπόδιο που συναντάτε;	Με ποιά τρόπο επικοινωνείτε περισσότερο με τους ωφελούμενους;	Πεποιθήσεις	Συμπεριφορά	Δεξιότητες
Φύλο	Pearson Correlation	1	-.203 <sup>*</sup>	-.023	-.070	-.160	.000	.080	-.008	.321 <sup>**</sup>	.092	-.061	.284 <sup>**</sup>	.105	-.318 <sup>**</sup>
	Sig. (2-tailed)		.022	.798	.434	.072	1.000	.506	.930	.000	.305	.494	.001	.239	.000
Ηλικία	Pearson Correlation	-.203 <sup>*</sup>	1	.421 <sup>**</sup>	.193 <sup>*</sup>	.175 <sup>*</sup>	-.022	-.117	-.059	-.113	-.081	.023	-.228 <sup>**</sup>	-.257 <sup>**</sup>	-.151
	Sig. (2-tailed)	.022		.000	.030	.050	.809	.190	.508	.205	.362	.796	.010	.004	.091
Οικογενειακή κατάσταση	Pearson Correlation	-.023	.421 <sup>**</sup>	1	.138	-.045	-.030	-.075	-.008	.004	-.087	.131	-.139	-.085	-.079
	Sig. (2-tailed)	.798	.000		.122	.617	.738	.399	.928	.966	.330	.143	.120	.340	.376
Επίπεδο σπουδών	Pearson Correlation	-.070	.193 <sup>*</sup>	.138	1	.009	.066	.179 <sup>*</sup>	.245 <sup>**</sup>	.119	-.070	-.150	.167	.033	.040
	Sig. (2-tailed)	.434	.030	.122		.917	.460	.044	.006	.181	.435	.092	.060	.713	.657
Ποιά είναι η ειδικότητάς;	Pearson Correlation	-.160	.175 <sup>*</sup>	-.045	.009	1	.153	.114	.153	-.109	.020	.073	-.076	.053	.115
	Sig. (2-tailed)	.072	.050	.617	.917		.086	.204	.086	.223	.821	.415	.399	.553	.197
Πόσα έτη εργάζεστε στο προσωπικό-μεταναστευτικό;	Pearson Correlation	.000	-.022	-.030	.066	.153	1	.215 <sup>*</sup>	.305 <sup>**</sup>	-.073	-.071	-.014	.066	.221 <sup>*</sup>	.249 <sup>**</sup>
	Sig. (2-tailed)	1.000	.809	.738	.460	.086		.015	.000	.416	.427	.880	.459	.013	.005
Χρησιμοποιείτε κάποια ξένη γλώσσα όταν παρέχετε υπηρεσίες υγείας σε ωφελούμενους (Πρόσφυγες-Μετανάστες)	Pearson Correlation	.060	-.117	-.075	.179 <sup>*</sup>	.114	.215 <sup>*</sup>	1	.236 <sup>**</sup>	.128	.001	-.102	.292 <sup>**</sup>	.152	.214 <sup>*</sup>
	Sig. (2-tailed)	.506	.190	.399	.044	.204	.015		.008	.151	.988	.253	.001	.088	.016
Σε πόσες ώρες εκπαίδευσης ή επιμόρφωσης έχετε συμμετάσχει σχετικά με την διαπολιτισμική υγεία;	Pearson Correlation	-.008	-.059	-.008	.245 <sup>**</sup>	.153	.305 <sup>**</sup>	.236 <sup>**</sup>	1	.010	-.088	.080	.217 <sup>*</sup>	.322 <sup>**</sup>	.317 <sup>**</sup>
	Sig. (2-tailed)	.930	.508	.928	.006	.086	.000	.008		.909	.323	.374	.014	.000	.000
Πιστεύετε ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολυπολιτισμικούς ασθενείς παρουσιάζει δυσκολίες;	Pearson Correlation	.321 <sup>**</sup>	-.113	.004	.119	-.109	-.073	.128	.010	1	.035	.042	.407 <sup>**</sup>	.026	-.125
	Sig. (2-tailed)	.000	.205	.966	.181	.223	.416	.151	.909		.696	.643	.000	.774	.163
Στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες ποιά είναι το μεγαλύτερο εμπόδιο που συναντάτε;	Pearson Correlation	.092	-.081	-.087	-.070	.020	-.071	.001	-.088	.035	1	-.023	-.084	-.086	-.116
	Sig. (2-tailed)	.305	.362	.330	.435	.821	.427	.988	.323	.696		.795	.349	.335	.193
Με ποιά τρόπο επικοινωνείτε περισσότερο με τους ωφελούμενους;	Pearson Correlation	-.061	.023	.131	-.150	.073	-.014	-.102	.080	.042	-.023	1	.023	.102	.026
	Sig. (2-tailed)	.494	.796	.143	.092	.415	.880	.253	.374	.643	.795		.797	.253	.773
Πεποιθήσεις	Pearson Correlation	.284 <sup>**</sup>	-.228 <sup>**</sup>	-.139	.167	-.076	.066	.292 <sup>**</sup>	.217 <sup>*</sup>	.407 <sup>**</sup>	-.084	.023	1	.410 <sup>**</sup>	.091
	Sig. (2-tailed)	.001	.010	.120	.060	.399	.459	.001	.014	.000	.349	.797		.000	.309
Συμπεριφορά	Pearson Correlation	.105	-.257 <sup>**</sup>	-.085	.033	.053	.221 <sup>*</sup>	.152	.322 <sup>**</sup>	.026	-.086	.102	.410 <sup>**</sup>	1	.327 <sup>**</sup>
	Sig. (2-tailed)	.239	.004	.340	.713	.553	.013	.088	.000	.774	.335	.253	.000		.000
Δεξιότητες	Pearson Correlation	-.318 <sup>**</sup>	-.151	-.079	.040	.115	.249 <sup>**</sup>	.214 <sup>*</sup>	.317 <sup>**</sup>	-.125	-.116	.026	.091	.327 <sup>**</sup>	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.091	.376	.657	.197	.005	.016	.000	.163	.193	.773	.309	.000	

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

c. Listwise N=127

**Πίνακας 47: Συσχετίσεις μεταβλητών ελέγχου με τους παράγοντες**



#### 4.4. Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΓΡΑΜΜΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ

Όπως έχει περιγραφεί στη μεθοδολογία, θα εφαρμοστεί η στατιστική τεχνική της Απλής Παλινδρόμησης με τη μέθοδο *stepwise*. Θα γίνει προσπάθεια να περιγραφεί η κίνηση της εξαρτημένης μεταβλητής ( $y$ ) σε σχέση με την ανεξάρτητη ( $x$ ), η οποία πρέπει να είναι ισχυρά συσχετισμένη με την ανεξάρτητη. Θα προκύψει η γραμμική Παλινδρόμησης (*linear regression*) ή ευθεία ελαχίστων τετραγώνων, που είναι η ευθεία που ελαχιστοποιεί το άθροισμα των τετραγώνων των αποστάσεων των σημείων από την ευθεία.

Στην έρευνα που διεξάγεται, η ανεξάρτητη μεταβλητή είναι οι θετικές στάσεις, απόψεις και αντιλήψεις ( $y$ ) και εξαρτημένες ( $x$ ): οι πεποιθήσεις, η συμπεριφορά-πρακτικές και οι δεξιότητες. Θα γίνει απλή ANOVA για κάθε μία ανεξάρτητη μεταβλητή χωριστά. Στη στατιστική ανάλυση που ακολουθεί, βασισμένη στη μέθοδο ελαχίστων τετραγώνων, στόχος έχει τη διαφοροποίηση των τιμών της  $y$  γύρω από τον αριθμητικό μέσο. Ένα μέρος της διασποράς ερμηνεύεται - *regression* (*SSR-συντελεστής προσδιορισμού  $R^2$* ), και ένα άλλο παραμένει ανερμηνευτο - *residual* (*SSE*) ( $SSE = \text{Total squares of errors} - SSR$ ). Όσο πιο κοντά το  $R^2$  είναι στο 1 τόσο καλύτερη προσαρμογή έχει το μοντέλο, δηλαδή εξηγεί μεγαλύτερο ποσοστό της μεταβλητότητας των δεδομένων και κατά συνέπεια μετρά τη σπουδαιότητα της μεταβλητής. Ο πίνακας ANOVA ελέγχει στατιστικά την τιμή του  $R^2$  με το έλεγχο  $F$  ( $F=t^2$ ). Το *Std Error of the estimate* μας δίνει το βαθμό διασκορπισμού από τη γραμμική προσαρμογής του μοντέλου μας. Οι συντελεστές της ευθείας παλινδρόμησης είναι στον πίνακα *coefficients*. Ελέγχεται ο συντελεστής  $\beta$  (συντελεστής παλινδρόμησης) της ευθείας  $y=a+\beta x+\epsilon$ , όπου  $\epsilon$  το σφάλμα, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Αν δεν είναι μηδέν τότε η ανεξάρτητη μεταβλητή ερμηνεύει στατιστικά την εξαρτημένη.

- ✓ Τέλος, εξετάζονται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή της μεθόδου. Η ύπαρξη γραμμικής συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών, που ελέγχεται με το συντελεστή *Pearson* ή με το διάγραμμα διασποράς.
- ✓ τα πιθανά σφάλματα (αποκλίσεις παρατηρούμενων τιμών από τις πραγματικές) πρέπει να είναι ανά δύο ανεξάρτητα, να ακολουθούν κανονική κατανομή και να παρουσιάζουν ομοσκεδαστικότητα. (Τσαγρής 2014)

#### 4.4.1. Παλινδρόμηση των μεταβλητών θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων και πεποιθήσεων

Αρχικά, έγινε ανάλυση παλινδρόμησης της μεταβλητής «θετικές στάσεις, αντιλήψεις και απόψεις» σε σχέση με τις «Πεποιθήσεις». Ο παρακάτω πίνακας περιέχει δείκτες καλής προσαρμογής του μοντέλου. Ο συντελεστής συσχέτισης των παραπάνω μεταβλητών είναι  $R=0.425$  και το  $R^2=0.180$  (συντελεστής προσδιορισμού), που σημαίνει ότι το 18 % των θετικών στάσεων, απόψεων, αντιλήψεων ερμηνεύεται από τις Πεποιθήσεις. Το τυπικό σφάλμα εκτίμησης είναι 0.993. Πρόκειται για το μέσο σφάλμα εκτίμησης ανά παρατήρηση.

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,425 <sup>a</sup>	,180	,174	,993

a. Predictors: (Constant), Πεποιθήσεις

**Πίνακας 48:** Συντελεστής προσδιορισμού για «Πεποιθήσεις»

Το μοντέλο εξηγεί το 18% της μεταβλητότητας των δεδομένων και η γραμμή παλινδρόμησης είναι καλά προσαρμοσμένη στα δεδομένα, γιατί είναι στατιστικά σημαντική ( $F=27,743$  και  $p<0.01$ ). Το 27,338 είναι η διακύμανση που ερμηνεύεται από το μοντέλο και 124,162 είναι η συνολική διακύμανση των δεδομένων (πίνακας 50). Το πηλίκο  $27.338/151,50=0.180=R^2$ .

**ANOVA<sup>a</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	27,338	1	27,338	27,743	,000 <sup>b</sup>
	Residual	124,162	126	,985		
	Total	151,500	127			

a. Dependent Variable: Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό ;

b. Predictors: (Constant), Πεποιθήσεις

**Πίνακας 49:** Ανάλυση διακύμανσης για πεποιθήσεις

Coefficients<sup>a</sup>

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	
1	(Constant)	-,295	,738		-,399	,690	-1,754	1,165
	Πεπαιθήσεις	,956	,182	,425	5,267	,000	,597	1,316

a. Dependent Variable: Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό ;

### Πίνακας 50: Εκτιμήσεις παραμέτρων

Ο συντελεστής παλινδρόμησης 0.956 (πίνακας 50) είναι η κλίση της ευθείας και φανερώνει την επίδραση των «Πεπαιθήσεων» των εργαζομένων στις θετικές απόψεις στάσεις αντιλήψεις τους που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο PHILOS. Το 95% διάστημα εμπιστοσύνης είναι (-1,754, 1,165) για τη μεταβλητή α (constant) και (0.597, 1.316) για τη μεταβλητή β (κλίση της ευθείας παλινδρόμησης),  $t=-0,399$  και  $p=0.690>0.05$ , άρα η  $H_0$  δεν απορρίπτεται (δηλαδή  $\alpha=0$ ). Επίσης, στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουμε, αν σκεφτούμε ότι το μηδέν ανήκει στο (-1,754, 1,165) άρα δεν μπορούμε να απορρίψουμε την  $H_0:\alpha=0$ . Επομένως,  $\alpha=-0.295$  δεν είναι στατιστικά σημαντικό και δεν πρέπει να συμμετέχει στην εξίσωση παλινδρόμησης. Η τιμή  $\beta=0.956$  είναι στατιστικά σημαντική ( $t=5,267$ ,  $p=0.000<.01$ ). Οι θετικές στάσεις, αντιλήψεις, απόψεις των απασχολούμενων στο PHILOS σε σχέση με τις πεπαιθήσεις τους που αφορούν την παροχή υπηρεσιών υγείας περιγράφεται από την εξίσωση Γραμμικής Παλινδρόμησης:

$$(\text{Θετικές στάσεις, απόψεις, αντιλήψεις}) = \alpha + \beta * (\text{Πεπαιθήσεις}) + \varepsilon$$

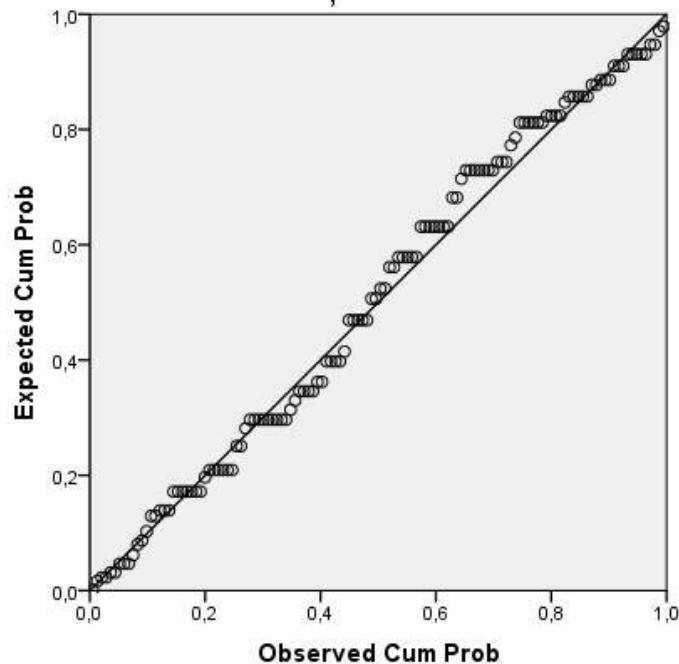
$$(\text{Θετικές στάσεις, απόψεις, αντιλήψεις}) = 0 + 0,956 * (\text{Πεπαιθήσεις}) + \varepsilon$$

όπου  $\varepsilon$ : τα κατάλοιπα (οι διαφορές μεταξύ πραγματικών τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής σε σχέση με τις εκτιμώμενες τιμές που προκύπτουν από το μοντέλο της παλινδρόμησης) και ελαχιστοποιούνται με τη μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων. Άρα, όσο μικρότερο είναι το κατάλοιπο ( $\varepsilon$ ) τόσο καλύτερα προσαρμοσμένη είναι η ευθεία.

Στο παρακάτω διάγραμμα, έχει προσαρμοστεί η ευθεία παλινδρόμησης. Από τη γραφική παράσταση είναι φανερό η γραμμική σχέση των μεταβλητών των θετικών στάσεων απόψεων και αντιλήψεων και των Πεπαιθήσεων (σε αρκετά ικανοποιητικό βαθμό). Αύξηση των πεπαιθήσεων κατά 100 μονάδες έχει ως αποτέλεσμα η θετικές στάσεις να αυξηθούν, κατά μέσο όρο, 95,6 μονάδες περίπου. Επίσης, αν οι πεπαιθήσεις των εργαζομένων μηδενιζόταν, τότε θα μηδενιζόταν και οι θετικές στάσεις.

### Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

Dependent Variable: Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό ;



Διάγραμμα 2: P-PPlot των καταλοίπων των «πεποιθήσεων»

#### 4.4.2. Παλινδρόμηση των μεταβλητών θετικών στάσεων απόψεων και αντιλήψεων και συμπεριφοράς-πρακτικές των εργαζομένων του PHILOS

Αρχικά, έγινε ανάλυση παλινδρόμησης της μεταβλητής των **θετικών στάσεων απόψεων και αντιλήψεων** σε σχέση με την συμπεριφορά-πρακτικές των εργαζομένων του PHILOS. Ο πίνακας παρακάτω περιέχει δείκτες καλής προσαρμογής του μοντέλου. Ο *συντελεστής συσχέτισης* των παραπάνω μεταβλητών είναι  $R=0,343$  και το  $R^2=0,118$  (*συντελεστής προσδιορισμού*), που σημαίνει ότι το 12% των θετικών στάσεων απόψεων και αντιλήψεων ερμηνεύεται από τη «συμπεριφορά-πρακτικές». Το 17,809 είναι η διακύμανση που ερμηνεύεται από το μοντέλο και 133,691 είναι η διακύμανση των δεδομένων (πίνακας 53). Το πηλίκο  $17,809/151,500=0,118=R^2$ . Το τυπικό σφάλμα εκτίμησης είναι 1,030 (πίνακας 52). Πρόκειται για το μέσο σφάλμα εκτίμησης ανά παρατήρηση.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,343 <sup>a</sup>	,118	,111	1,030

a. Predictors: (Constant), Συμπεριφορά

**Πίνακας 51:** Συντελεστής προσδιορισμού για συμπεριφορά-πρακτικές

Το μοντέλο εξηγεί το 12% της μεταβλητότητας των δεδομένων και η γραμμή παλινδρόμησης είναι καλά προσαρμοσμένη στα δεδομένα, γιατί είναι στατιστικά σημαντική ( $F=17,809$  και  $p<0.01$ ) (πίνακας 53).

#### ANOVA<sup>a</sup>

Model		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	17,809	1	17,809	16,785	,000 <sup>b</sup>
	Residual	133,691	126	1,061		
	Total	151,500	127			

a. Dependent Variable: Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό ;

b. Predictors: (Constant), Συμπεριφορά

**Πίνακας 52:** Ανάλυση παλινδρόμησης για συμπεριφορά-πρακτικές

#### Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	1,327	,553		2,400	,018	,233	2,422
	Συμπεριφορά	,571	,139	,343	4,097	,000	,295	,847

a. Dependent Variable: Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό ;

**Πίνακας 53:** Εκτιμήσεις παραμέτρων για συμπεριφορά-πρακτικές

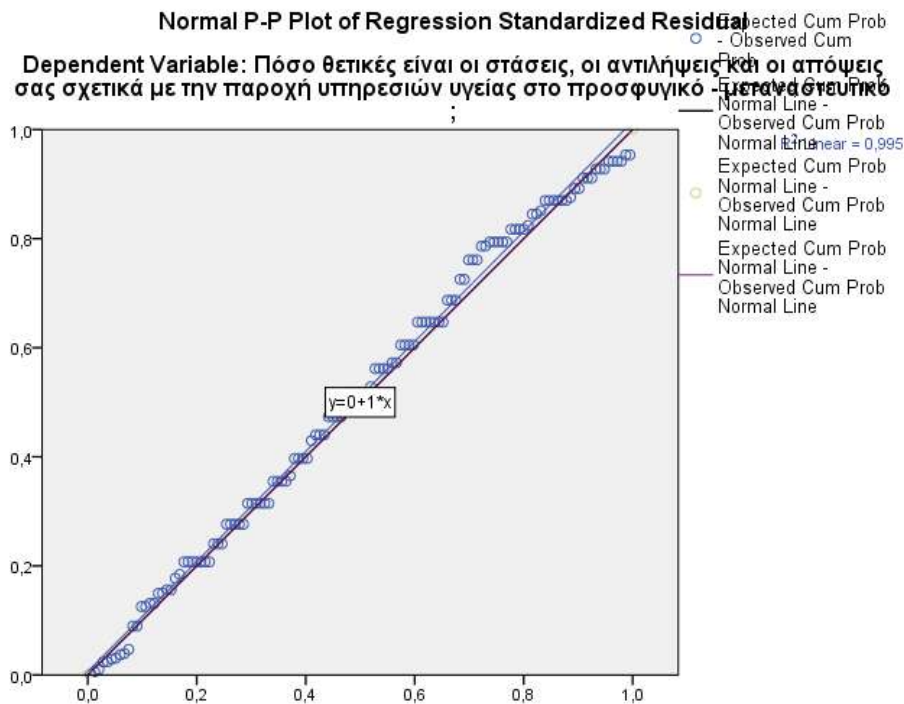
Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, ο συντελεστής παλινδρόμησης 0,571 είναι η κλίση της ευθείας και φανερώνει την επίδραση των «συμπεριφορά-πρακτικές», στις θετικές στάσεις, απόψεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών του PHILOS. Το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τη μεταβλητή α (constant) είναι το 0,233 (2,422) και  $t=2,400$  και  $p<0.05$ , άρα η  $H_0$  απορρίπτεται (δηλαδή το α δεν είναι 0). Επομένως,  $\alpha=1,327$  είναι στατιστικά σημαντικό και πρέπει να συμμετέχει στην εξίσωση παλινδρόμησης. Το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τη μεταβλητή β είναι το 0,295 (0,847) και  $t=4,097$  και  $p<0.05$ , άρα η  $H_0$  απορρίπτεται (δηλαδή το β δεν είναι 0). Επομένως,  $\beta=0,571$  είναι στατιστικά σημαντικό και πρέπει να συμμετέχει στην εξίσωση παλινδρόμησης. Οι θετικές στάσεις, απόψεις και αντιλήψεις των

επαγγελματιών υγείας του PHILOS, σε σχέση με τη συμπεριφορά-πρακτικές περιγράφεται από την εξίσωση Γραμμικής Παλινδρόμησης:

$$(\text{θετικές στάσεις απόψεις αντιλήψεις}) = 1,327 + 0,571 * (\text{συμπεριφορά-πρακτικές}) + \varepsilon$$

όπου  $\varepsilon$ : τα κατάλοιπα (οι διαφορές μεταξύ πραγματικών τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής σε σχέση με τις εκτιμώμενες τιμές που προκύπτουν από το μοντέλο της παλινδρόμησης) και ελαχιστοποιούνται με τη μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων. Άρα, όσο μικρότερο είναι το κατάλοιπο ( $\varepsilon$ ) τόσο καλύτερα προσαρμοσμένη είναι η ευθεία.

Στο διάγραμμα 3, έχει προσαρμοστεί η ευθεία παλινδρόμησης. Από τη γραφική παράσταση είναι φανερή η γραμμική σχέση των μεταβλητών των «θετικών στάσεων, απόψεων και αντιλήψεων» και της «συμπεριφοράς-πρακτικές» (σε αρκετά ικανοποιητικό βαθμό). Αύξηση της «συμπεριφοράς-πρακτικές» κατά 100 μονάδες έχει ως αποτέλεσμα οι «θετικές στάσεις, απόψεις και αντιλήψεις» να αυξηθούν, κατά μέσο όρο, 57 μονάδες περίπου. Επίσης, αν οι επαγγελματίες υγείας αν αδιαφορούσαν για τη συμπεριφορά τους, τότε οι θετικές στάσεις, απόψεις και αντιλήψεις τους για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες θα ήταν 1,327 μονάδες.



Διάγραμμα 3: P-PPlot των καταλοίπων

#### 4.4.3. Παλινδρόμηση των μεταβλητών Δεξιότητες

A) Αρχικά, έγινε ανάλυση παλινδρόμησης της μεταβλητής «Θετικές στάσεις, απόψεις και αντιλήψεις» σε σχέση με τις «Δεξιότητες» των επαγγελματιών υγείας του PHILOS. Ο πίνακας 54 περιέχει δείκτες καλής προσαρμογής του μοντέλου. Ο συντελεστής συσχέτισης των παραπάνω μεταβλητών είναι  $R=0,398$  και το  $R^2=0,158$  (συντελεστής προσδιορισμού), που σημαίνει ότι το 16% των θετικών στάσεων απόψεων και αντιλήψεων ερμηνεύεται από τις δεξιότητες των εργαζομένων. Το 23,964 είναι η διακύμανση που ερμηνεύεται από το μοντέλο και 127,536 είναι η διακύμανση των δεδομένων (πίνακας 55). Το πηλίκο  $23.964/151,500=0.158=R^2$ .

B) Το τυπικό σφάλμα εκτίμησης είναι 1,006 (πίνακας 54). Πρόκειται για το μέσο σφάλμα εκτίμησης ανά παρατήρηση.

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,398 <sup>a</sup>	,158	,152	1,006

a. Predictors: (Constant), Δεξιότητες

b. Dependent Variable: Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό ;

**Πίνακας 54:** Συντελεστής προσδιορισμού

Γ) Το μοντέλο εξηγεί το 16% της μεταβλητότητας των δεδομένων και η γραμμή παλινδρόμησης είναι καλά προσαρμοσμένη στα δεδομένα, γιατί είναι στατιστικά σημαντική ( $F=23,676$  και  $p<0.01$ ) (πίνακας 55).

**ANOVA<sup>a</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	23,964	1	23,964	23,676	,000 <sup>b</sup>
	Residual	127,536	126	1,012		
	Total	151,500	127			

a. Dependent Variable: Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό ;

b. Predictors: (Constant), Δεξιότητες

**Πίνακας 55:** Ανάλυση Παλινδρόμησης

Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	1,532	,427		3,591	,000	,688	2,376
	Δεξιότητες	,533	,109	,398	4,866	,000	,316	,749

a. Dependent Variable: Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσωπικό - μεταναστευτικό ;

### Πίνακας 56: Εκτιμήσεις παραμέτρων

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα (πίνακα 56):

- Ο συντελεστής παλινδρόμησης 0,533 είναι η κλίση της ευθείας και φανερώνει την επίδραση των «δεξιοτήτων» του προσωπικού, στις «θετικές στάσεις, απόψεις, αντιλήψεις» των εργαζομένων του PHILOS.
- Το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τη μεταβλητή α (constant) είναι το 0,688 (2,376) και  $t=3,591$  και  $p<0,01$ , άρα η  $H_0$  απορρίπτεται (δηλαδή το α δεν είναι 0). Επομένως,  $\alpha=1,532$  είναι στατιστικά σημαντικό και πρέπει να συμμετέχει στην εξίσωση παλινδρόμησης.
- Το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τη μεταβλητή β είναι το 0,316 (0,749) και  $t=4,866$  και  $p<0,01$ , άρα η  $H_0$  απορρίπτεται (δηλαδή το β δεν είναι 0). Επομένως,  $\beta=0,533$  είναι στατιστικά σημαντικό και πρέπει να συμμετέχει στην εξίσωση παλινδρόμησης
- Οι θετικές στάσεις απόψεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας του PHILOS, σε σχέση με τις δεξιότητες περιγράφεται από την εξίσωση Γραμμικής Παλινδρόμησης:

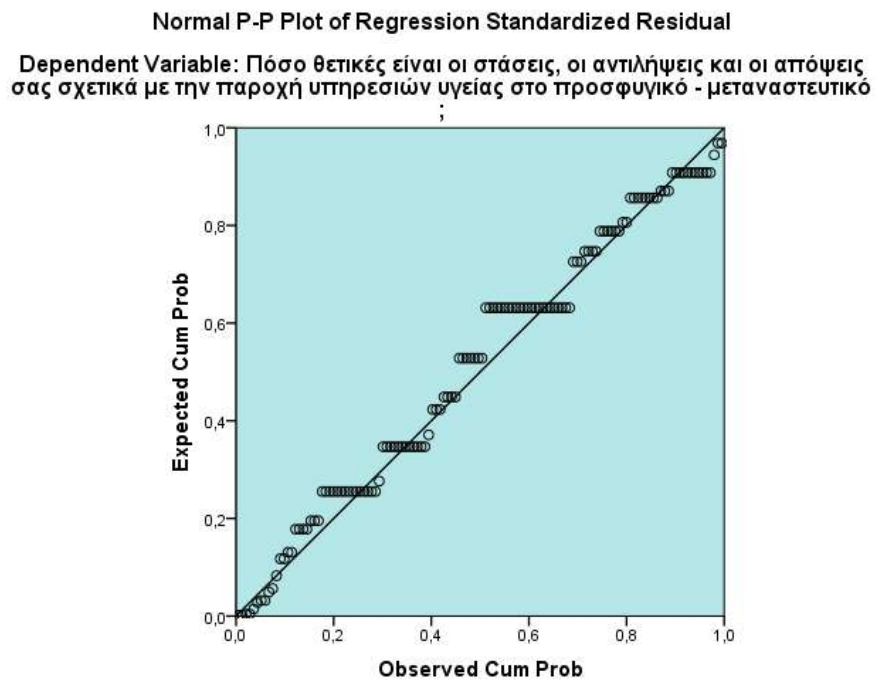
$$(\text{Θετικές στάσεις, απόψεις αντιλήψεις})=1,532+0,533*(\text{δεξιότητες}) + \varepsilon$$

όπου ε: τα κατάλοιπα (οι διαφορές μεταξύ πραγματικών τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής σε σχέση με τις εκτιμώμενες τιμές που προκύπτουν από το μοντέλο της παλινδρόμησης) και ελαχιστοποιούνται με τη μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων. Άρα, όσο μικρότερο είναι το κατάλοιπο (ε) τόσο καλύτερα προσαρμοσμένη είναι η ευθεία. Αν οι δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στο πρόγραμμα μηδενίζοταν, οι θετικές στάσεις, απόψεις και αντιλήψεις του προσωπικού θα ήταν λιγότερο από 1 μονάδα.

Στο διάγραμμα 4, έχει προσαρμοστεί η ευθεία παλινδρόμησης. Από τη γραφική παράσταση είναι φανερό η γραμμική σχέση των μεταβλητών των θετικών στάσεων απόψεων και αντιλήψεων του προσωπικού και των δεξιοτήτων (σε αρκετά ικανοποιητικό βαθμό). Αύξηση των χαρακτηριστικών κατά 100 μονάδες, έχει ως αποτέλεσμα η θετικότητα να αυξηθεί, κατά μέσο όρο 53 μονάδες, περίπου. Και εάν



μηδενιστούν οι δεξιότητες των εργαζομένων, τότε οι θετικές στάσεις, απόψεις και αντιλήψεις των εργαζομένων θα είναι 1,532.



**Διάγραμμα 4:** P-PPlot των καταλοίπων- ευθεία παλινδρόμησης

## ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### 5.1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στο πρώτο μέρος παρουσιάστηκε η νέα πραγματικότητα της ελληνικής κοινωνίας, η οποία πλέον έχει καταστεί πολυπολιτισμική, εξαιτίας του μεγάλου αριθμού μεταναστών και προσφύγων που έχουν έρθει στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια αναζητώντας καλύτερες συνθήκες διαβίωσης. Όλοι αυτοί οι πληθυσμοί, έχουν διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο, καθώς και διαφορετικές αντιλήψεις, στάσεις, πεποιθήσεις και προσεγγίσεις σε θέματα υγείας, που δημιουργούν προβλήματα σχετικά με την υγείας τους, την πρόσβαση τους στο σύστημα υγείας, την απαιτούμενη θεραπεία, όπως και την σχέση τους με τους επαγγελματίες υγείας.

Η παρούσα μελέτη έχει στόχο τη διερεύνηση των στάσεων, απόψεων και αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας και των διοικητικών υπαλλήλων που εργάζονται στο πρόγραμμα PHILOS σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας σε προσφυγικό και μεταναστευτικό πληθυσμό. Επίσης, σκοπός της είναι η καταγραφή των στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων τους. Μελετήθηκε η επίδραση των προσωπικών παραγόντων και των ανεξάρτητων μεταβλητών (Πεποιθήσεις, Συμπεριφορά-Πρακτικές, Δεξιότητες) στη θετικότητα των στάσεων, απόψεων και αντιλήψεων των εργαζομένων του PHILOS.

Στην έρευνα συμμετείχαν 128 από τους 600 περίπου επαγγελματίες υγείας και διοικητικούς υπαλλήλους που εργάζονται στο πρόγραμμα PHILOS παρέχοντας φροντίδα υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες. Αρχικά, έγινε περιγραφή των προσωπικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Στην έρευνα συμμετείχαν κυρίως γυναίκες (75,8%). Το 64% του προσωπικού έχει ηλικία μέχρι 40 ετών. Το 53,13% των συμμετεχόντων είναι έγγαμοι ή με σύμφωνο συμβίωσης, το 42,19% είναι άγαμοι, και το 4,69% διαζευγμένοι ή σε χηρεία. Όσο αφορά το επίπεδο σπουδών το 7,8% είναι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 32% έχει πτυχίο τεχνολογικής εκπαίδευσης, το 19,5% έχει πτυχίο πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, το 38,3% είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου και τέλος το 2,3% είναι κάτοχοι διδακτορικού τίτλου. Το 6,3% του δείγματος το αποτελούν οι ιατροί, το 32% οι νοσηλεύτες, το 9,4% οι ψυχολόγοι, το 10,2% οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι μαίες το ίδιο, το 6,3% οι διερμηνείς, το 7% οι διασώστες και τέλος το 18,8% είναι οι διοικητικοί υπάλληλοι. Το 33,3% του

δείγματος είχαν λιγότερο από 1 έτος στο προσφυγικό – μεταναστευτικό. Το 38,1% των ερωτηθέντων είχαν 1 έως 3 έτη εργασίας στο μεταναστευτικό – προσφυγικό, το 21,4% 3 έως 5 έτη και το 7,1% περισσότερα από 5 έτη. Χρήση ξένης γλώσσας δεν κάνει το 3,9% , το 14,8 % του δείγματος κάνει μικρή χρήση, το 23,4% κάνει μέτρια χρήση, το 28,1% χρησιμοποιεί αρκετά μια ξένη γλώσσα, ενώ το 29,7% χρησιμοποιεί πολύ την ξένη γλώσσα στην παροχή φροντίδας υγείας.

Συγκεντρώθηκαν με τη βοήθεια σταθμισμένου ερωτηματολογίου, στοιχεία που συνέβαλαν στον εντοπισμό του βαθμού των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων των επαγγελματιών υγείας του PHILOS. Έπειτα από Παραγοντική Ανάλυση, οι υποθετικοί παράγοντες ομαδοποιήθηκαν. Οι διαστάσεις των θετικών στάσεων, απόψεων και αντιλήψεων, όπως διαμορφώθηκαν είναι: Πεποιθήσεις, Συμπεριφορά-Πρακτικές, Δεξιότητες. Στη συνέχεια, έγινε Ανάλυση Παλινδρόμησης για κάθε παράγοντα σε σχέση με τις θετικές στάσεις, απόψεις, και αντιλήψεις, προσδιορίστηκε ο βαθμός της θετικότητας σε σχέση με τον παράγοντα και προέκυψε ένα μοντέλο πρόβλεψης της θετικότητας.

Στην πρώτη ομάδα (Πεποιθήσεις) περιέχονται οι ερωτήσεις που περιγράφουν τις πεποιθήσεις των εργαζομένων του PHILOS. Περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με τις δυσκολίες που παρουσιάζει η παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολυπολιτισμικούς ασθενείς, με το αν οι προκαταλήψεις και η επιφυλακτικότητα επηρεάζουν την απόδοση των επαγγελματιών υγείας, αν τα συναισθήματα των εργαζομένων είναι θετικά για τους ωφελούμενους, αν οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να έχουν δεξιότητες αξιολόγησης, διάγνωσης και κλινικές, όπως και ενσυναίσθηση και συμπόνια, αν σέβονται τον τρόπο σκέψης και τη συμπεριφορά των ωφελούμενων, και αν απολαμβάνουν τις διαφορές και τις επαφές με άτομα από άλλα είδη πολιτισμών.

Από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, προέκυψε το εξής: οι επαγγελματίες υγείας συμφωνούν ότι υπάρχει θετικά ισχυρή επίδραση των πεποιθήσεων τους στις συνολικά θετικές στάσεις, απόψεις και αντιλήψεις σχετικά με την φροντίδα ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο (*συντελεστής συσχέτισης*  $R=0,425$ ). Όταν αυξάνουν οι πεποιθήσεις τόσο αυξάνουν οι θετικές στάσεις, απόψεις και αντιλήψεις.

Το αποτέλεσμα επιβεβαιώνει τις έρευνες των (Dias 2012, Milionis 2019), σύμφωνα με τις οποίες οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολιτισμικά διαφορετικές ομάδες παρουσιάζει δυσκολίες. Συμφωνεί με την έρευνα της InterHealth Διαπολιτισμικές Δεξιότητες για τους

Επαγγελματίες Υγείας, ότι οι προκαταλήψεις και η επιφυλακτικότητα επηρεάζουν την απόδοση των επαγγελματιών υγείας. Στο θέμα της θετικότητας των συναισθημάτων των επαγγελματιών υγείας συμφωνεί με τις έρευνες των Dias (2012), Milionis (2019), Τριγώνη και συν. (2017), ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν θετικά συναισθήματα απέναντι στους διαπολιτισμικούς ασθενείς. Επίσης, συμφωνεί με την έρευνα της InterHealth (2016) για τις διαπολιτισμικές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας ότι όσοι ασχολούνται με το προσφυγικό και μεταναστευτικό πρέπει να έχουν ενσυναίσθηση και συμπόνοια προς τους άλλους. Θεωρεί ότι οι πρέπει να έχουν δεξιότητες αξιολόγησης, διάγνωσης όπως και κλινικές σχετικά με την φροντίδα των διαπολιτισμικών ασθενών, συμφωνώντας με τις έρευνες των Milionis (2019), InterHealth (2016). Σαν αποτέλεσμα της έρευνας καταδείχθηκε ότι όσοι ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών υγείας σε ομάδες με διαφορετικό πολιτισμικό προφίλ, απολαμβάνουν τις διαφορές αυτές, όπως και την επικοινωνία μαζί τους, θεωρώντας ότι πρέπει να σέβονται τον τρόπο σκέψης και την συμπεριφορά των ατόμων αυτών συμφωνώντας με την έρευνα της InterHealth (2016).

Στην δεύτερη ομάδα (Συμπεριφορά-Πρακτικές) περιέχονται οι ερωτήσεις που περιγράφουν την συμπεριφορά και τις πρακτικές των επαγγελματιών υγείας και διοικητικών υπαλλήλων σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες. Από τη Ανάλυση Παλινδρόμησης προέκυψε το εξής συμπέρασμα: οι επαγγελματίες υγείας συμφωνούν ότι υπάρχει θετική ικανοποιητικά σχέση των συμπεριφορά-πρακτικές με τις θετικές στάσεις, απόψεις και αντιλήψεις (*συντελεστής συσχέτισης*  $R=0,343$ ). Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα άλλων ερευνών. Όπως η έρευνα των (Τριγώνη και συν. 2017) στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου όπου αναφέρεται ότι οι επαγγελματίες υγείας δείχνοντας κατανόηση και συμπάθεια, αντιμετωπίζουν τους διαπολιτισμικούς ασθενείς με ευγένεια και αλληλεγγύη. Τα συναισθήματα του προσωπικού είναι θετικά απέναντι τους. Αντίθετα με τα αποτελέσματα της έρευνας, είναι τα αποτελέσματα της έρευνας των Terraza-Núñez et all (2011) που έγινε σε επαγγελματίες υγείας που προσφέρουν φροντίδα υγείας σε διαπολιτισμικούς ασθενείς στην Καταλονία της Ισπανίας, όπου εκεί οι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν συναισθήματα ενόχλησης, δυσφορίας, εκνευρισμό και εξάντληση. Στην έρευνα του Μανομενίδη (2009) σε νοσοκομεία της Δυτικής Ελλάδας βρέθηκε ότι δεν γίνονται διακρίσεις σε βάρος των μεταναστών και προσφύγων αλλά αντιμετωπίζονται με ευαισθησία και σεβασμό. Στη μεγάλη

Ευρωπαϊκή έρευνα της InterHealth (2016) Διαπολιτισμικές Δεξιότητες για τους Επαγγελματίες Υγείας η οποία έγινε με την συμμετοχή Πανεπιστημίων, ΜΚΟ, κρατικών Ινστιτούτων και Ιδρυμάτων, έδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας δείχνουν κατανόηση στη διαφορετικότητα, προσπαθούν να μάθουν το κοινωνικό υπόβαθρο των διαπολιτισμικών ασθενών, συλλέγουν πληροφορίες για τον τρόπο ζωής τους και τις πεποιθήσεις τους και προσαρμόζουν τον τρόπο με τον οποίο εργάζονται και την συμπεριφορά τους όταν αντιμετωπίζουν ασθενείς με διαφορετικό πολιτισμικό προφίλ.

Στην τρίτη ομάδα (δεξιότητες) περιέχονται οι ερωτήσεις που ασχολούνται με την ύπαρξη των απαραίτητων δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας και διοικητικών υπαλλήλων σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς με διαφορετικό πολιτισμικό και κοινωνικό υπόβαθρο. Από τη στατιστική επεξεργασία, προέκυψε το εξής συμπέρασμα: Υπάρχει θετική ικανοποιητική συσχέτιση μεταξύ θετικών στάσεων, απόψεων, αντιλήψεων και Δεξιοτήτων (*συντελεστής συσχέτισης*  $R=0,398$ ). Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας επιβεβαιώνουν την έρευνα της InterHealth (2016) Διαπολιτισμικές Δεξιότητες για τους Επαγγελματίες Υγείας όπου διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας και διοικητικοί υπάλληλοι πιστεύουν σε συντριπτικό ποσοστό ότι έχουν τις δεξιότητες για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της παροχής διαπολιτισμικής υγείας παρά την ιδιαίτερη στάση των μεταναστών σε θέματα υγείας και να τους βοηθήσουν. Επίσης, στην έρευνα των Michaelsen et al (2004) διαφάνηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας διαθέτουν τις απαραίτητες δεξιότητες για να μπορούν να βοηθήσουν τους πρόσφυγες και μετανάστες παρά το διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο, αν και οι νεώτεροι από αυτούς ζητούν περισσότερη εκπαίδευση και επιμόρφωση για την απόκτηση διαπολιτισμικών δεξιοτήτων.

Αντίθετα είναι τα αποτελέσματα σε σχέση με την έρευνα των Hultsjö and Hjelm (2005) όπου βρέθηκε ότι οι περιορισμένες δεξιότητες του προσωπικού για διαπολιτισμικούς ασθενείς προκαλεί πολλές φορές δυσκολίες στην αντιμετώπιση των ατόμων με ποικίλες πολιτιστικές παραδόσεις. Όπως και με την έρευνα της Dias (2012), όπου οι εργαζόμενοι στον τομέα υγείας, θεωρούν ότι έχουν μέτριες ή χαμηλές γνώσεις και δεξιότητες για να εργαστούν με τον προσφυγικό και μεταναστευτικό πληθυσμό και ότι χρειάζονται ειδική εκπαίδευση και επιμόρφωση για να ενισχυθούν οι γνώσεις τους σχετικά με την διαπολιτισμική παροχή φροντίδας υγείας (πολιτισμικές πεποιθήσεις, συμπεριφορές, στερεότυπα, πρακτικές).

Συνοψίζοντας οι επαγγελματίες υγείας δηλώνουν ότι έχουν θετικές στάσεις, απόψεις και αντιλήψεις (πολύ 21,88%, αρκετά 32,03% και μέτρια 32,03%) σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας σε διαπολιτισμικούς ασθενείς. Ως προς τους παράγοντες: Θετικές είναι οι στάσεις, απόψεις και αντιλήψεις ως προς τις Πεποιθήσεις, τη Συμπεριφορά- Πρακτικές και τις δεξιότητες.

## **5.2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Οι επαγγελματίες υγείας και οι διοικητικοί υπάλληλοι που εργάζονται στο πρόγραμμα PHILOS παρέχοντας υπηρεσίες υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες, θεωρούν ότι η παροχή αυτή παρουσιάζει πολλές δυσκολίες, με πρώτη την έλλειψη επικοινωνίας λόγω γλώσσας, την αδυναμία λήψης ιστορικού, τις πολιτισμικές και θρησκευτικές διαφορές και άλλα.

Όμως παρά αυτές τις δυσκολίες, αλλά και την ιδιαίτερη στάση των προσφύγων και μεταναστών σε θέματα υγείας, τις διαφορές στις έννοιες υγείας, ασθένεια, περίθαλψη, πρακτικές υγείας και άλλα δηλώνουν ότι μπορούν να τους βοηθήσουν και να τους προσφέρουν την απαραίτητη φροντίδα.

Είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι και έχουν επιμορφωθεί ικανοποιητικά στην παροχή διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας, θεωρούν ότι έχουν όλες τις απαραίτητες δεξιότητες (αξιολόγησης, διάγνωσης, κλινικές), αντιμετωπίζουν τους πρόσφυγες με επαγγελματισμό, και πολλές φορές προσαρμόζουν τον τρόπο λειτουργίας τους ανάλογα με το προφίλ του ασθενή. Συλλέγουν πληροφορίες για την αντίληψη των ασθενών σχετικά με τον τρόπο ζωής τους, το πολιτισμικό και κοινωνικό υπόβαθρο τους, τις παραδοσιακές και σύγχρονες θεραπευτικές πρακτικές τους.

Σε συντριπτικό ποσοστό δείχνουν κατανόηση στην διαφορετικότητα των διαπολιτισμικών ασθενών και απολαμβάνουν τις διαφορές αυτές. Αναπτύσσουν διαπροσωπικές σχέσεις οι οποίες βασίζονται στο σεβασμό και την εμπιστοσύνη και δεν επηρεάζονται από προκαταλήψεις, ταμπού και επιφυλακτικότητα.

Τα συναισθήματα τους είναι θετικά απέναντι σε πρόσφυγες και μετανάστες και διαθέτουν ενσυναίσθηση, συμπόνια και σεβασμό κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους και λειτουργούν πάντα με γνώμονα την αρτιότερη παροχή φροντίδας σε διαπολιτισμικούς ασθενείς.

## **5.3. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ-ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ**

Τα δεδομένα της έρευνας συγκεντρώθηκαν με σχετική ευκολία. Λόγω των μεγάλων αποστάσεων και την έλλειψη ελεύθερου χρόνου, η συλλογή των δεδομένων έγινε ηλεκτρονικά. Το ερωτηματολόγιο απευθύνθηκε στους εργαζόμενους του PHILOS 2 οι οποίοι εργάζονται στο πεδίο στη Βόρεια Ελλάδα. Αποκλείστηκαν οι

εργαζόμενοι οι οποίοι δεν ερχόταν σε άμεση επαφή με πρόσφυγες και μετανάστες, όπως και οι εργαζόμενοι οι οποίοι εξυπηρετούν σε δομές υγείας το γενικό πληθυσμό. Όπως αναφέρθηκε, έγινε προσπάθεια να περιοριστούν οι ερωτήσεις για να μην υπάρξει δυσανασχέτηση των επαγγελματιών υγείας και διοικητικών, και να απαντηθεί το ερωτηματολόγιο χωρίς χρονική πίεση. Περιορίστηκε στις απαραίτητες ερωτήσεις για τη μέτρηση των στάσεων, απόψεων και αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας και διοικητικών υπαλλήλων που απασχολούνται στο προσφυγικό-μεταναστευτικό. Πολλές ερωτήσεις σχεδόν ίδιες ή παραπλήσιες αντικαταστήθηκαν με μία, πιο ουσιαστική. Δεν δημιουργήθηκε πρόβλημα στη στατιστική επεξεργασία, γιατί τα δεδομένα αναλύθηκαν σε βάθος. Λήφθηκαν υπόψη οι περιορισμοί και οι προϋποθέσεις εφαρμογής των στατιστικών μεθόδων. Χρήσιμο θα ήταν να υπάρξει και ένας μικρός αριθμός ερωτήσεων ανοικτού τύπου, λόγω της φύσης της εξεταζόμενης μεταβλητής. Θα αντλούσαμε περισσότερες πληροφορίες για το θέμα.

Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να γενικευθούν. Συλλέχθηκαν 128 ερωτηματολόγια από περίπου 600 εργαζομένους της κατηγορίας, κάτι που θεωρείται ικανοποιητικό μέγεθος αφού ξεπερνά το 10% του πληθυσμού.

Θα μπορούσε, σε κάποιο μεταβατικό στάδιο, να διερευνηθούν οι στάσεις, αντιλήψεις και απόψεις των επαγγελματιών υγείας και διοικητικών του PHILOS οι οποίοι εργάζονται σε ΕΚΑΒ, Κέντρα Υγείας, Νοσοκομεία και άλλες μονάδες υγείας όπου εξυπηρετούν εκτός από πρόσφυγες και μετανάστες και τον γενικό πληθυσμό. Εκεί θα βλέπαμε και το αν υπάρχουν διαφορές στις στάσεις, απόψεις και αντιλήψεις μεταξύ των δύο ομάδων εργαζομένων του προγράμματος PHILOS με δεδομένες, τη διαφορά συνθηκών εργασίας, την μισθολογική διαφορά, τη διαφορά τρόπου εργασίας και το διαφορετικό τρόπο διοίκησης και λειτουργίας γενικότερα.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

### ΒΙΒΛΙΑ

Αμίτσης, Γ. & Λαζαρίδη, Γ. (2001). Νομικές και κοινωνικοπολιτικές διαστάσεις της μετανάστευσης στην Ελλάδα. Αθήνα: Παπαζήσης.

Καρύδης, Β. (1996). Η εγκληματικότητα των μεταναστών στην Ελλάδα. Αθήνα: Παπαζήσης.

Κελέση, Μ., Αργυριάδης, Α. & Μπέλλου-Μυλωνά, Π. (2016). Εισαγωγή στην Επιστήμη της Νοσηλευτικής. Αθήνα: Κωνσταντάρας.

Κοσσυβάκη, Φ. (2002). Η συμβολή της γενικής διδακτικής σε θέματα διαπολιτισμικής και δίγλωσσης αγωγής και μάθησης. Διαπολιτισμική εκπαίδευση. Αθήνα: Gutenberg.

Κρέσγουελ, Τ. (2016). Η έρευνα στην εκπαίδευση σχεδιασμός, διεξαγωγή και αξιολόγηση της ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας. Αθήνα: Ιων.

Μουσούρου, Λ. (1991). Μετανάστευση και Μεταναστευτική πολιτική στην Ελλάδα και την Ευρώπη. Αθήνα: Gutenberg.

Παλαιολόγου-Γκικοπούλου, Κ. (2005). Ένα διεθνές Curriculum για την διαπολιτισμική εκπαίδευση: Αναλυτικά προγράμματα σε Ελλάδα και Γερμανία. Αθήνα: Ατραπός-Περιβολάκι.

Παρασκευόπουλος, Ι. (1993). ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ (ΔΕΥΤΕΡΟΣ ΤΟΜΟΣ). Αθήνα: Ιδιωτική έκδοση.

Σιάρδος, Γ. & Κουτσούρης, Α. (2004). Αειφορική γεωργία και ανάπτυξη. Θεσσαλονίκη: Ζυγός.

Τσαούσης, Δ. (1986). Κοινωνική Δημογραφία. Αθήνα: Gutenberg.

Τσαούσης, Δ. (1999). Η κοινωνία του ανθρώπου. Αθήνα: Gutenberg - Γιώργος & Κώστας Δαρδανός.

Χαλικιάς, Μ., Λάλου, Π. & Μανωλέσου, Α. (2015). Μεθοδολογία έρευνας και εισαγωγή στη Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων με το IBMSPSSSTATISTICS. Αθήνα: Εκδόσεις Κάλλιπος.

### ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

Γαλάνης, Π., Κατελίδου, Δ., Σουρτζή, Π. & Σίσκου, Ο. (Ιανουάριος 2020). Προσβασιμότητα και χρήση των υπηρεσιών υγείας από μετανάστες στην Ελλάδα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 37(1 Συμπλ.):42-53.

Δριτσάκου, Κ., Κάμπρα, Α., Γιαλελής, Ι. & Κανακάκης, Σ. (Ιανουάριος 2018). Η εμπειρία ενός δημόσιου μαιευτηρίου της Αθήνας σχετικά με την παροχή μαιευτικών-γυναικολογικών υπηρεσιών σε πρόσφυγες και μετανάστες. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 35(1):74-80.

Έλληνας, Δ. (Μάρτιος 2005). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ιατρικά θέματα. 48:17-23.

Καλαφάτη, Μ. & Παϊκοπούλου, Δ. (Ιανουάριος 2011). Νοσηλευτική Φροντίδα σε Ασθενείς Διαφορετικής Πολιτισμικής Προέλευσης σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Νοσηλευτική. 50(1):49-62.

Κούτα, Χ. (2007). Υγεία και κουλτούρα. Νοσηλευτική. 46(2):176-180.

Μανομενίδης, Γ. (Οκτώβριος 2009). Απόψεις νοσηλευτικού προσωπικού για ασθενείς με διαφορετική πολιτισμική προέλευση. *Νοσηλευτική*. 48(4):439-446.

Προδρόμου, Μ., Κουκουλάρης, Δ., Κουτελέκος, Ι. & Λαβράνος, Γ. (Ιανουάριος 2018). Ερευνητικό Έργο Erasmus+ProjectTNP: Διαπολιτισμική Νοσηλευτική Πρακτική: Δημιουργία Εργαλείου Μέτρησης της Διαπολιτισμικής Ευαισθησίας. *Νοσηλευτική*. 57(1):93-103.

Τερζούδης, Σ., Μπογιατζίδης, Π. & Κωσταγιόλας, Π. (Ιανουάριος 2017). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στους μετανάστες κατά την υποδοχή τους στην Ελλάδα Σχεδιασμός αυτής σε πολυϊατρείο μη κυβερνητικής οργάνωσης. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 34(1):113-122.

Φαρμάκης, Ν. & Παπατσούμα, Ι. (2014). Δειγματοληπτική έρευνα: Υποκλοπή προσωπικών δεδομένων στο Διαδίκτυο. *TETPAΔΙΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ*. 15:54-65.

## **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΑ ΒΙΒΛΙΑ**

Baumgartl, B. & Favell, A. (1995). *New xenophobia in Europe*. Λονδίνο: Kluwer law international.

Borjas, G. (1990). *Friends or strangers: The impact of immigrants on the U.S. economy*. New York: Basic Books.

Brettell, C. & Hollifield, J. (2000). *Migration theory: Talking across Disciplines*. New York, London: Routledge.

Castles, S. & Miller, M. (2014). *The Age of Migration*. Hampshire UK: PALGRAVE MACMILLAN.

Coakes, S. & Steed, L. (1997). *SPSS Analysis Without Anguish*. Queensland: Milton, Qld. : John Wiley & Sons.

Jossen, M. (2018). *Undocumented Migrants and Healthcare: Eight Stories from Switzerland*. Cambridge: Open Book Publishers.

Massey, D., Arango, J., Hugo, g. & Kouaouci, A. (1993). *Theories of International Migration: A Review and Appraisal*. New York: Population Council.

Portes, A. & Walton, J. (1981). *Labor, Class, and the International System*. New York: Academic Press.

## **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ**

Blanchet Garneau, A. & Pepin, J. (Ιανουάριος 2014). Cultural Competence: A Constructivist Definition. *Journal of Transcultural Nursing*. 1(26):9-15.

Green - Pedersen, C. & Krogstrup, J. (Αύγουστος 2008). Immigration as a political issue in Denmark and Sweden. *European journal of political research*. 47(5):610-634.

Haenssger, M. & Proochista, A. (Δεκέμβριος 2017). Healthcare access: A sequence-sensitive approach. *SSM - Population Health*. 3:37-47.

Hakonsen, H., Toverud, E. & Lees, K. (Σεπτέμβριος 2014). Cultural barriers encountered by Norwegian community pharmacists in providing service to non-Western immigrant patients. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 36(6):1144-1151.

Høye, S. & Severinsson, E. (Δεκέμβριος 2008). Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: an exploratory study.. *Intensive and Critical Care Nursing*. 24(6):338-348.

Hultsjö, S. & Hjelm, K. (Οκτώβριος 2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International nursing review*. 52(4):276-285.

Jakič, M. & Pavlič, D. (Μάιος 2016). Patients' perception of differences in general practitioners' attitudes toward immigrants compared to the general population: Qualicopc Slovenia. *Slovenian Journal of Public Health*. 55(3):155-165.

Jirwe, M., Gerrish, K. & Emami, A. (Σεπτέμβριος 2010). Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 24(3):436-444.

Kluge, U., Bogic, M., Devillé, W. & Greacen, T. (Ιούνιος 2012). Health services and the treatment of immigrants: data on service use, interpreting services and immigrant staff members in services across Europe. *European Psychiatry*. 27(2):56-62.

Massey, D., Arango, J., Hugo, G. & Kouaouci, A. (Σεπτέμβριος 1993). Theories of International Migration: A Review and Appraisal. *Population and Development Review*. 19(3):431-466.

Michaelsen, J., Krasnik, A., Nielsen, A. & Norredam, M. (2004). Health professionals' knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital. *Scandinavian Journal of Public Health*. 32(4):287-295.

Ozolins, L. & Hjelm, K. (Φεβρουάριος 2003). Nurses' experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden. *Clinical Effectiveness in Nursing*. 7(2):84-93.

Ryn, M. & Burke-Miller, J. (Απρίλιος 2020). The Effect of Patient Race and Socio-Economic Status on Physicians' Perceptions of Patients. *Social Science & Medicine*. 50(6):813-828.

Sandhu, S., Bjerre, N., Dauvin, M. & Dias, S. (Ιούνιος 2012). Experiences with treating immigrants: A qualitative study in mental health services across 16 European countries Article. *Social Psychiatry*. 48(1):105-116.

Sekulić, S., John, M., Davey, C. & Rener-Sitar, K. (Ιούλιος 2011). Patients' perception of differences in general practitioners' attitudes toward immigrants compared to the general population: Qualicopc Slovenia. *Slovenian Journal of Public Health*. 55(3):84-89

Stark, O. & Bloom, D. (Μάιος 1985). The New Economics of Labor Migration. *American Economic Review*. The American Economic Review. 75(2):173-178.

Terraza-Núñez, R., Vázquez, M., Vargas, I. & Tona Lizana, T. (Οκτώβριος 2011). Health professional perceptions regarding healthcare provision to immigrants in Catalonia. *International Journal of Public Health*. 56(5):549-557.

Wan Ahmad, W., Baker, M. & Kernohan, E. (Μάρτιος 1991). General practitioners' perceptions of Asian and non-Asian patients. *Family Practice*. 8(1):52-56.

## **ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ**

1.400 Προσλήψεις υγειονομικών στις προσφυγικές δομές. Διαθέσιμο σε: <https://www.onmed.gr/ygeia-politiki/story/368211/xanthos-1-400-proslipseis-ygeionomikon-stis-prosfygikes-domes> (Ανακτήθηκε 9 Μαΐου, 2020).

Betancourt, J. (1 Μαρτίου 2005). Cultural Competence And Health Care Disparities: Key Perspectives And Trends. *Health Affairs* 24, (2). Διαθέσιμο σε: <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.24.2.499> (Ανακτήθηκε 15 Απριλίου 2020).

Cattell, R. (1973). *The Counseling Psychologist*. Διαθέσιμο σε: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/001100007300400205> (Ανακτήθηκε 10 Ιουνίου, 2020).

Cultural Competence in Health Care (2005) Is it important for people with chronic conditions?. Διαθέσιμο σε: <https://hpi.georgetown.edu/cultural/> (Ανακτήθηκε 25 Ιουνίου, 2020).

Edwards, A. (2016). Πρόσφυγας ή μετανάστης. Διαθέσιμο σε: [www.unhcr.org/gr/12771-prosfygas\\_i\\_metanastis.html](http://www.unhcr.org/gr/12771-prosfygas_i_metanastis.html) (Ανακτήθηκε 9 Μαρτίου, 2020).

Health promotion for improved refugee and migrant health. Διαθέσιμο σε: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/388363/tc-health-promotion-eng.pdf?ua=1](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/388363/tc-health-promotion-eng.pdf?ua=1) (Ανακτήθηκε 20 Ιουνίου, 2020).

Heath, S. (2017). Cultural Barriers Limit Immigrant Patient-Provider Interactions Immigrant patient-provider interactions suffer because there is a disconnect not only with regard to language, but to culture as well.. Διαθέσιμο σε: <https://patientengagementhit.com/news/cultural-barriers-limit-immigrant-patient-provider-interactions#> (Ανακτήθηκε 12 Απριλίου, 2020).

InterHealth (2016) Διαπολιτισμικές Δεξιότητες για τους Επαγγελματίες Υγείας. Διαθέσιμο σε: <http://www.interhealth.eu/wp-content/uploads/2017/10/National-report-Greece-Translated-Greek.pdf> (Ανακτήθηκε 12 Φεβρουαρίου, 2020).

Interhealth. (2016) Intercultural competences for healthcare professionals. Διαθέσιμο σε: <http://www.interhealth.eu/el/category/news/> (Ανακτήθηκε 27 Φεβρουαρίου, 2020).

Kalengayi, F. (2012). “It is a challenge to do it the right way”: an interpretive description of caregivers’ experiences in caring for migrant patients in Northern Sweden. Διαθέσιμο σε: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3557194/> (Ανακτήθηκε 17 Απριλίου, 2020).

Mikes, H. (2015). Περιβαλλοντικοί Μετανάστες. Διαθέσιμο σε: <http://www.sameworld.eu/el/anakalypste-to-ergo/perivallontikoi-metanastes> (Ανακτήθηκε 16 Μαρτίου, 2020).

Pagenews Εθνικό σύστημα υγείας. Διαθέσιμο σε: <https://www.pagenews.gr/data/esy/> (Ανακτήθηκε 4 Μαΐου, 2020).

Philos-Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας. Διαθέσιμο σε: <https://eody.gov.gr/philos-start/> (Ανακτήθηκε 12 Ιανουαρίου, 2020).

Robertshaw, L. (2017). Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income countries: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. Διαθέσιμο σε: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5629684/> (Ανακτήθηκε 14 Απριλίου, 2020).

Sónia F Dias, S. (2012). Health workers’ attitudes toward immigrant patients: A cross-sectional survey in primary health care services. Διαθέσιμο

σε: [https://www.researchgate.net/publication/229009873\\_Health\\_workers'\\_attitudes\\_toward\\_immigrant\\_patients\\_A\\_cross-sectional\\_survey\\_in\\_primary\\_health\\_care\\_services](https://www.researchgate.net/publication/229009873_Health_workers'_attitudes_toward_immigrant_patients_A_cross-sectional_survey_in_primary_health_care_services) (Ανακτήθηκε 22 Απριλίου, 2020).

Vaughan, K. (2010). Immigration and Health Care: A Case Study of the Spanish Experience. Διαθέσιμο σε: <https://cps.ceu.edu/publications/policy-research-reports/immigration-and-health-care-spain-2010> (Ανακτήθηκε 9 Μαΐου, 2020).

weekly-gr-201902.odt.(2019) Διαθέσιμο σε: <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2019/03/Surveillance-refugees-weekly-GR-2019-02.pdf> (Ανακτήθηκε 25 Μαρτίου, 2020).

Worth, A. (2009). Vulnerability and access to care for South Asian Sikh and Muslim patients with life limiting illness in Scotland: prospective longitudinal qualitative study. Διαθέσιμο σε: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636416/> (Ανακτήθηκε 20 Ιουνίου, 2020)

Από τι κινδυνεύει η υγεία των μεταναστών στην Ευρώπη. Διαθέσιμο σε: <https://www.onmed.gr/ygeia-eidhseis/story/373285/apo-ti-kindynevei-i-ygeia-ton-metanaston-stin-eyropi> (Ανακτήθηκε 11 Μαΐου, 2020).

Αργυριάδης, Α. (2016). Academia.edu. Διαθέσιμο σε: <https://frederick.academia.edu/AlexArgyriadis> (Ανακτήθηκε 14 Απριλίου, 2020).

Γεωργακόπουλος, Θ. (2020). Ένα Νέο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Διαθέσιμο σε: <https://www.dianeosis.org/2020/02/ena-neo-ethniko-systima-ygeias/> (Ανακτήθηκε 4 Μαΐου, 2020).

Εοδυ, (2015). Philos. Διαθέσιμο σε: <https://eody.gov.gr/philos-start/> (Ανακτήθηκε 15 Ιουλίου, 2019).

Καδιγιαννόπουλος, Γ. (2015). Πεμπτουσία Ορθοδοξία πολιτισμός επιστήμες. Διαθέσιμο σε: <https://www.pemptousia.gr/2015/09/metanastefitiko-revma-ke-diapolitismiki-nosileftiki/> (Ανακτήθηκε 2 Απριλίου, 2020).

Κοτσιώνη, Ι. (2009). MIGHEALTHNET: Information network on good practice in health care for migrants and minorities. Διαθέσιμο σε: [https://ec.europa.eu/knowledge4policy/node/7721\\_el](https://ec.europa.eu/knowledge4policy/node/7721_el) (Ανακτήθηκε 19 Μαρτίου, 2020).

Κοτσιώνη, Ι. (2009). Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα. Διαθέσιμο σε: [http://www.antigone.gr/files/gr/library/selected-publications-on-migration-and-asylum/greece/Ekthesi\\_ugeias\\_metanaston\\_gr\\_03\\_2009.pdf](http://www.antigone.gr/files/gr/library/selected-publications-on-migration-and-asylum/greece/Ekthesi_ugeias_metanaston_gr_03_2009.pdf) (Ανακτήθηκε 24 Ιουνίου, 2020).

Παγιαβλά, Γ. (2020). Το φαινόμενο της μετανάστευσης: Τι έχει αλλάξει την τελευταία δεκαετία;. Διαθέσιμο σε: <https://www.offlinepost.gr/2019/12/01/%CF%84%CE%BF-%CF%86%CE%B1%CE%B9%CE%BD%CF%8C%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%BF-%CF%84%CE%B7%CF%82-%CE%BC%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%BD%CE%AC%CF%83%CF%84%CE%B5%CF%85%CF%83%CE%B7%CF%82-%CF%84%CE%B9-%CE%AD%CF%87%CE%B5/> (Ανακτήθηκε 17 Απριλίου, 2020).

Προσφυγική κρίση και ΕΕ: στοιχεία και αριθμοί. Διαθέσιμο σε: <https://www.europarl.europa.eu/news/el/headlines/society/20170629STO78630/prosfugik-i-krisi-kai-ee-stoicheia-kai-arithmoi> (Ανακτήθηκε 15 Ιουλίου, 2020).

Προσωρινή και κυκλική μετανάστευση. Διαθέσιμο σε: [https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/networks/european\\_migration\\_network/reports/docs/emn-studies/circular-migration/11b.greece\\_national\\_report\\_circular\\_migration\\_final\\_version09march2011\\_el.pdf](https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/networks/european_migration_network/reports/docs/emn-studies/circular-migration/11b.greece_national_report_circular_migration_final_version09march2011_el.pdf) (Ανακτήθηκε 24 Φεβρουαρίου, 2020).

Συνήγορος του πολίτη- Ανεξάρτητη Αρχή. Διαθέσιμο σε: <https://www.synigoros.gr/?i=foreigner.el.metanastis-nomoi.382907> (Ανακτήθηκε 7 Μαΐου, 2020).

Τομπέα, Ε. (2019). 10 στοιχεία για την υγεία των μεταναστών και προσφύγων. Διαθέσιμο σε: <https://socialpolicy.gr/2019/09/10-%CF%83%CF%84%CE%BF%CE%B9%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1-%CF%84%CF%89%CE%BD-%CE%BC%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%83%CF%84%CF%8E%CE%BD.html> (Ανακτήθηκε 15 Απριλίου, 2020).

Τσαγρή, Μ. (2014). Στατιστική με τη χρήση του πακέτου spss 22. Διαθέσιμο σε: <https://mathbooksg.files.wordpress.com/2014/03/spss-22.pdf> (Ανακτήθηκε 9 Ιουνίου, 2020).

Υπηρεσία Μετανάστευσης και Ασύλου. Διαθέσιμο σε: <http://www.opengov.gr/immigration/?p=799> (Ανακτήθηκε 11 Μαρτίου, 2020).

Χλέτσος, Μ. (2016). Η ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΔΙΑΦΑΙΝΟΜΕΝΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ. Διαθέσιμο σε: [https://vimhub.dieberater.com/wp-content/uploads/2019/04/Greek\\_health\\_system\\_structure.pdf](https://vimhub.dieberater.com/wp-content/uploads/2019/04/Greek_health_system_structure.pdf) (Ανακτήθηκε 4 Μαΐου, 2020)

## ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

Priebe, S., et al.(25 Μαρτίου 2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMCPublicHealth* 11, (187). Διαθέσιμο σε: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-187> (Ανακτήθηκε 24 Ιανουαρίου 2020).

Τριγώνη, Μ.,Περάκη, Δ., Γενετάκη, Ε., Δοξάκη, Κ. (4 Οκτωβρίου 2017). Παρέχοντας υπηρεσίες υγείας σε μετανάστες:Απόψεις των επαγγελματιών υγείας για εμπόδια και προκλήσεις. Διεπιστημονική φροντίδα υγείας 9, (4). Διαθέσιμο σε: <http://www.inhealthcare.gr/manuscript/parexontas-upiresies-ugeias-se-metanastes-aropseis-ton-epaggelmaton-ugeias-gia-empodia-kai-prokliseis> (Ανακτήθηκε 29 Απριλίου 2020).

## ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΡΙΒΕΣ

Milionis, C. (2019). Health Care for Immigrants in the Context of Economic Crisis: The Perceptions and Experiences of Health Professionals in Greece. Διδακτορική διατριβή. Lancaster: Faculty of Health and Medicine Lancaster University.

Αναστασόπουλος, Γ. (2014). ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ Οικονομικά Δεδομένα Χρήσης Δευτεροβάθμιας Υπηρεσίας Υγείας. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα: Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ.

Καρακώστα, Α. (2016). ΕΠΙΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Κοτσιώνη, Ι. (2011). Πρόσβαση και Χρήση των Υπηρεσιών Υγείας από τους Μετανάστες. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα: Ιατρική Σχολή Αθηνών.

Χατζημπύρος, Β. (2014). Παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες: Κοινωνικές αναπαραστάσεις νοσηλευτικού προσωπικού. Διδακτορική διατριβή. Θεσσαλονίκη: Τομέας κοινωνικής και κλινικής ψυχολογίας ΑΠΘ.

Χριστόπουλος, Ν. (2007). Απόψεις και αντιλήψεις καθηγητών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης για την επιλογή και υλοποίηση προγραμμάτων περιβαλλοντικής εκπαίδευσης. Διδακτορική διατριβή. Πάτρα: Πανεπιστήμιο Πατρών. Σχολή Θετικών Επιστημών. Τμήμα Βιολογίας.

## **ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ**

Ελληνική Δημοκρατία Υπουργείο Εσωτερικών Υπουργείο Εξωτερικών. (2008). Η συνεισφορά των Ελληνικών ΟΤΑ στο διαπολιτισμικό διάλογο σήμερα.. Τοπική αυτοδιοίκηση και διαπολιτισμικότητα. Αθήνα: Ελληνική Δημοκρατία

## **ΦΥΛΛΑΔΙΑ**

INE ( Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ\_ΑΔΕΔΥ). (2006). Μεταναστευτικές τάσεις και Ευρωπαϊκή μεταναστευτική πολιτική. (Φυλλάδιο). Αθήνα: INE.

INE/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ. (2008). Μεταναστευτικές τάσεις και Ευρωπαϊκή μεταναστευτική πολιτική. Μελετες INE. (Τόμ. Απριλίου). Αθήνα: INE.

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

# ΣΤΑΣΕΙΣ, ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ "PHILOS" ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

#### Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

#### Ηλικία

- Έως 30 ετών
- 31-40 ετών
- 41 και άνω ετών





### Οικογενειακή κατάσταση

- Άγαμος
- Έγγαμος / Σύμφωνο συμβίωσης
- Διαζευγμένος / Χηρεία

### Επίπεδο σπουδών

- Δ.Ε.
- Τ.Ε.
- Π.Ε.
- MSc
- PHD

### Ποιά είναι η ειδικότητά σας ;

- Ιατρός
- Νοσηλεύτης
- Ψυχολόγος
- Κοινωνικός λειτουργός
- Μαία
- Διερμηνέας
- Διασώστης
- Διοικητικός



**Πόσα έτη εργάζεστε στο προσφυγικό-μεταναστευτικό;**

- Λιγότερο από 1 έτος
- 1 έως 3 έτη
- 3 έως 5 έτη
- παραπάνω από 5 έτη

**Χρησιμοποιείτε κάποια ξένη γλώσσα όταν παρέχετε υπηρεσίες υγείας σε ωφελούμενους (Πρόσφυγες-Μετανάστες)**

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

**Σε πόσες ώρες εκπαίδευσης ή επιμόρφωσης έχετε συμμετάσχει σχετικά με την διαπολιτισμική υγεία;**

- Λιγότερες από 5 ώρες
- 5 έως 10 ώρες
- 10 έως 15 ώρες
- Περισσότερες από 15 ώρες



**Με ποιό τρόπο επικοινωνείτε περισσότερο με τους ωφελούμενους ;**

- Νοηματική
- Συνδρομή φίλων ή συγγενών
- Μέσω διερμηνέα ή μεταφραστή
- Μετάφραση μέσω τηλεφώνου
- Χρήση google translate

**Το μεγαλύτερο εμπόδιο που συναντάτε είναι:**

- Γλώσσα
- Πολιτισμικές διαφορές (Ήθη και έθιμα)
- Θρησκευτικές διαφορές
- Δυσκολία λήψης ιστορικού
- Υπερβολικές απαιτήσεις
- Ανάρμοστη συμπεριφορά
- Καχυποψία

**ΑΠΟΥΣΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ**



**Πιστεύετε ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολυπολιτισμικούς ασθενείς παρουσιάζει δυσκολίες ;**

- Διαφωνώ
- Μάλλον διαφωνώ
- Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ
- Μάλλον συμφωνώ
- Συμφωνώ

**Οι προκαταλήψεις και η επιφυλακτικότητα επηρεάζουν την απόδοση των επαγγελματιών υγείας ;**

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

**Τα συναισθήματα σας είναι θετικά κατά την φροντίδα των ωφελούμενων ;**

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ



**Συμφωνείτε ότι όσοι ασχολούνται με το προσφυγικό-μεταναστευτικό πρέπει να έχουν ενσυναίσθηση/συμπόνια ;**

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

**Πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να έχουν δεξιότητες αξιολόγησης και διάγνωσης, όπως και κλινικές δεξιότητες σχετικά με την φροντίδα διαπολιτισμικών ομάδων;**

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

**Θεωρείτε ότι πρέπει να σέβεστε τον τρόπο σκέψης και την συμπεριφορά των ανθρώπων με διαφορετικό πολιτιστικό υπόβαθρο ;**

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ



**Απολαμβάνετε τις διαφορές των ανθρώπων από άλλα είδη πολιτισμών, την επαφή και την επικοινωνία μαζί τους ;**

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

### **ΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ**

**Προσαρμόζετε τον τρόπο λειτουργίας σας και την συμπεριφορά σας όταν έχετε απέναντι σας κάποιον με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα και κουλτούρα ;**

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ



**Προσπαθείτε να μάθετε το κοινωνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο του ατόμου στο οποίο παρέχετε υπηρεσίες υγείας ;**

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

**Συλλέγετε πληροφορίες σχετικά με τις πεποιθήσεις για την υγεία, την ασθένεια, τον τρόπο ζωής και τις πρακτικές υγείας, της χώρας του ;**

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

**Είναι επαγγελματική η στάση σας απέναντι στους ωφελούμενους ; Τους αντιμετωπίζετε με ευγένεια και αλληλεγγύη ;**

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ



**Δείχνετε κατανόηση στη διαφορετικότητα των ωφελούμενων;**

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

**ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ**

**Πιστεύετε ότι έχετε τις απαραίτητες δεξιότητες για αντεπεξέλθετε στις προκλήσεις σχετικά με την πολιτισμικότητα των ωφελουμένων ;**

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

**Παρά την ιδιαίτερη στάση των ωφελούμενων σε θέματα υγείας (μεταγγίσεις, νηστεία και άλλα), νομίζετε ότι μπορείτε να τους βοηθήσετε :**

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ





**Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό;**

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

Σελίδα 1 από 1

Υποβολή

Αυτό το περιεχόμενο δεν έχει δημιουργηθεί και δεν έχει εγκριθεί από την Google. [Αναφορά κακής χρήσης](#) · [Όροι Παροχής Υπηρεσιών](#) · [Πολιτική απορρήτου](#)

Φόρμες

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΕΝΤΥΠΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΤΟΥ PHLOS

1. data ΚΥΗΣΕΩΝ ΚΦΠΜ
2. final Ψυχοκοινωνικό Δελτίο eng+gr - FINAL LOGO
3. Intake form for PLWHIV\_REFUGEES - FINAL LOGO
4. Γυναικολογική-Μαιευτική Φόρμα GR-EN
5. ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ\_ΦΟΡΜΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ\_final - FINAL LOGO
6. ΔΕΛΤΙΟ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗΣ ΣΕ ΣΗΜΕΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ
7. ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΣΤΑ ΚΦΠΜ
8. Έντυπο συναίνεσης για ΣΜΝ
9. Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Φυματικής Λοίμωξης Φυματίωση eng+gr
10. Ιατρική εβδομαδιαία αναφορά excel
11. Οδοντιατρικό Ιστορικό
12. Φόρμα άρνησης παροχής υγειονομικών παροχών (Φαρσί)
13. Φόρμα Άρνησης Παροχής Υγειονομικών Υπηρεσιών Αραβικά
14. Φόρμα Άρνησης Παροχής Υγειονομικών Υπηρεσιών
15. Φόρμα Βίας GBV eng+gr
16. ΦΟΡΜΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ
17. ΦΟΡΜΑ ΚΑΤΑΦΡΑΦΗΣ ΛΗΓΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
18. Φόρμα Παραλαβής - Παράδοσης PCV
19. Φόρμα Παραλαβής - Παράδοσης MMR
20. Φόρμα Παραπομπής
21. Φόρμα σίτησης βρεφών
22. Ψυχοκοινωνική εβδομαδιαία αναφορά ελληνικά
23. Μηνιαία φόρμα καταγραφής παραχθέντος έργου

## ✓ ΑΔΕΙΑ ΔΙΑΝΟΜΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

2/19/2020

Yahoo Mail - ΑΔΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΕ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ PHILOS

### ΑΔΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΕ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ PHILOS

From: 3η ΥΠΕ Philos (3yepphilos@eody.gov.gr)

To: theodorchri@yahoo.com

Cc: t.zakynthinos@keelpno.gr

Date: Wednesday, January 22, 2020, 01:40 PM GMT+2

ΠΡΟΣ κ. ΘΕΟΔΩΡΟ ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟ, ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΠΕΔΙΟΥ ΚΦΠΜ ΔΙΑΒΑΤΩΝ

Αγαπητέ Θεόδωρε,

σχετικά με το αίτημά σου αναφορικά με την άδεια έρευνας με ερωτηματολόγιο σε προσωπικό του προγράμματος PHILOS II στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών που παρακολουθείς, σου μεταφέρω μήνυμα του κυρίου Ζακυνθινού.

Η υπηρεσία συμφωνεί, υπό την προϋπόθεση ότι θα τηρήσεις όλους τους κανόνες δεοντολογίας και ηθικής και θα λάβεις τη σχετική άδεια, τη σύμφωνη γνώμη του προσωπικού.

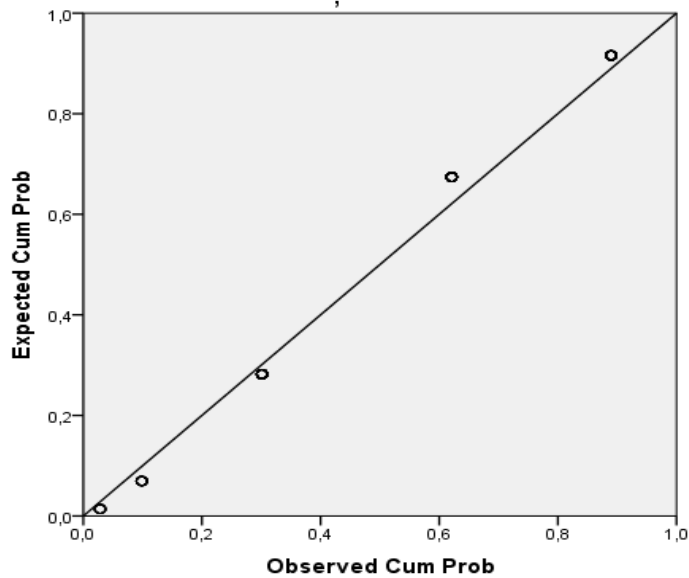
Με εκτίμηση

Για την 3ηΥΠΕ,

Σοφία Μπελόκα

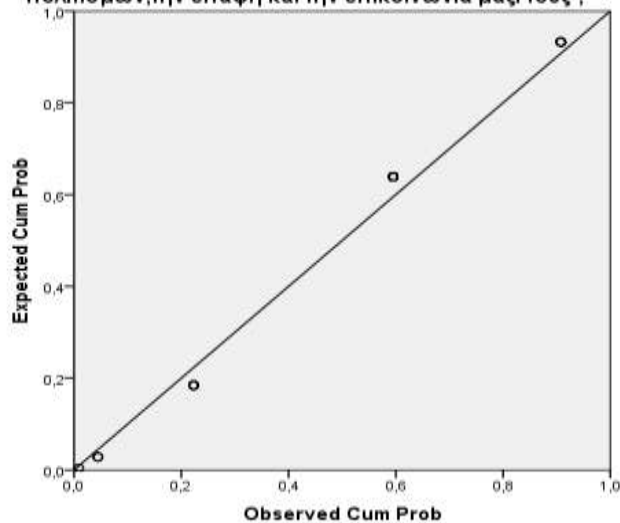
## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

Logistic P-P Plot of Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό ;



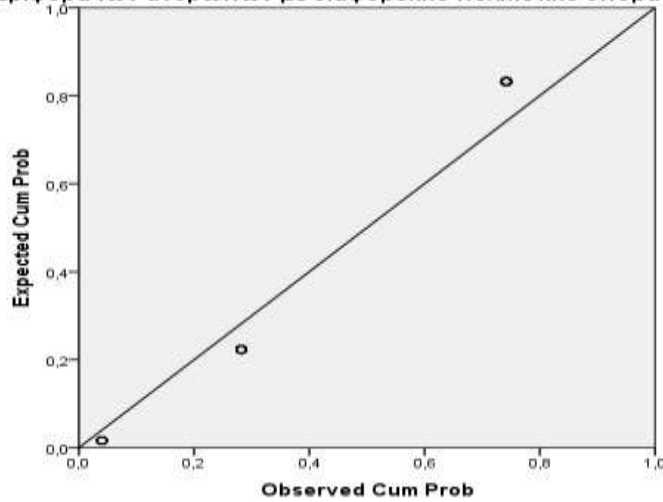
Διάγραμμα 5: Διάγραμμα pplots για θετικές στάσεις, απόψεις, αντιλήψεις

Logistic P-P Plot of Απολαμβάνετε τις διαφορές των ανθρώπων από άλλα είδη πολιτισμών, την επαφή και την επικοινωνία μαζί τους ;



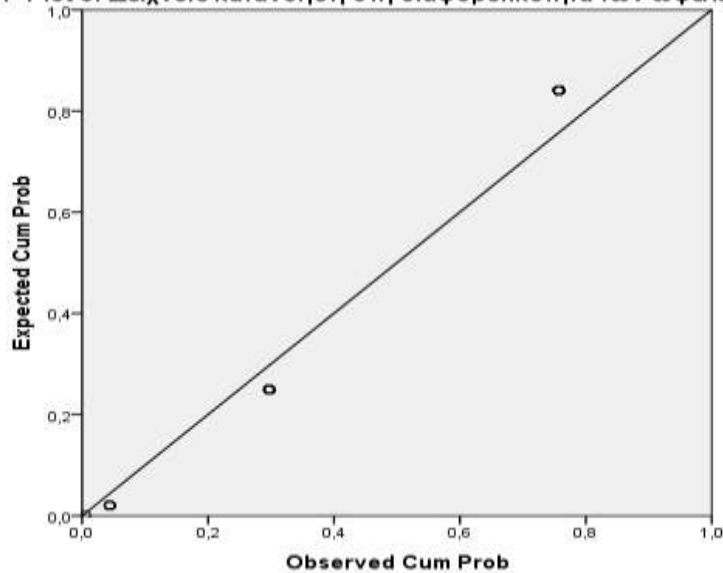
Διάγραμμα 6: Διάγραμμα pplots για «Απολαμβάνετε τις διαφορές των ανθρώπων από άλλα είδη πολιτισμών, την επαφή και την επικοινωνία μαζί τους;»

Logistic P-P Plot of Θεωρείτε ότι πρέπει να σέβαστε τον τρόπο σκέψης και την συμπεριφορά των ανθρώπων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο ;



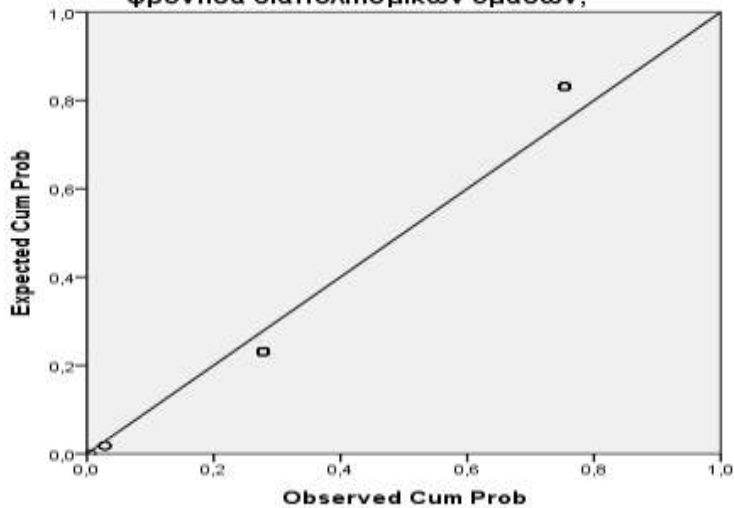
Διάγραμμα 7: Διάγραμμα pplots για «Θεωρείτε ότι πρέπει να σέβαστε τον τρόπο σκέψης και την συμπεριφορά των ανθρώπων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο;»

Logistic P-P Plot of Δείχνετε κατανόηση στη διαφορετικότητα των ωφελούμενων;



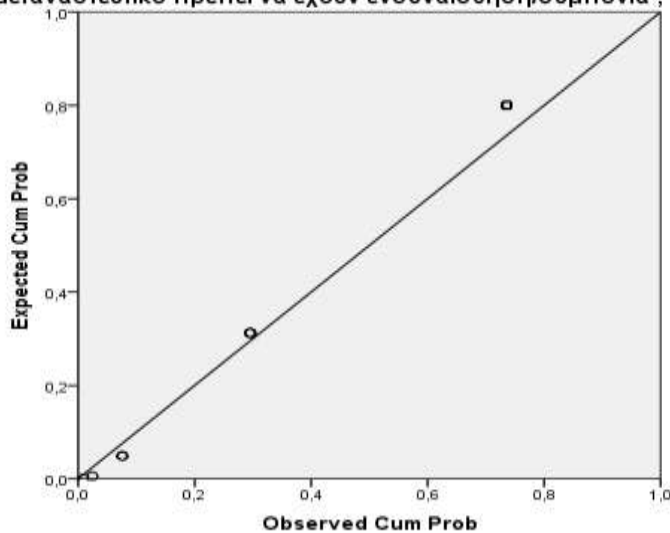
Διάγραμμα 8: Διάγραμμα pplots για «Δείχνετε κατανόηση στη διαφορετικότητα των ωφελούμενων;»

Logistic P-P Plot of Πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να έχουν δεξιότητες αξιολόγησης και διάγνωσης, όπως και κλινικές δεξιότητες σχετικά με την φροντίδα διαπολιτισμικών ομάδων;



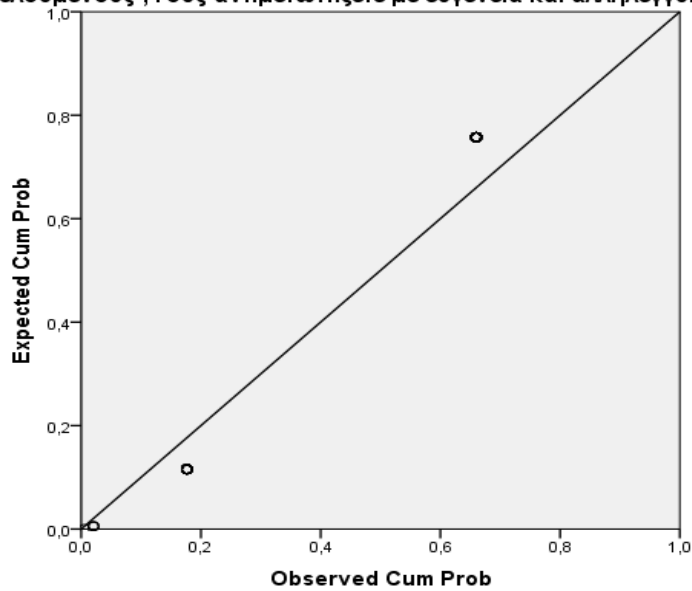
Διάγραμμα 9: Διάγραμμα pplots για «Πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να έχουν δεξιότητες αξιολόγησης και διάγνωσης, όπως και κλινικές δεξιότητες σχετικά με την φροντίδα διαπολιτισμικών ομάδων;»

Logistic P-P Plot of Συμφωνείτε ότι όσοι ασχολούνται με το προσφυγικό-μεταναστευτικό πρέπει να έχουν ενσυναίσθηση/συμπόνια ;



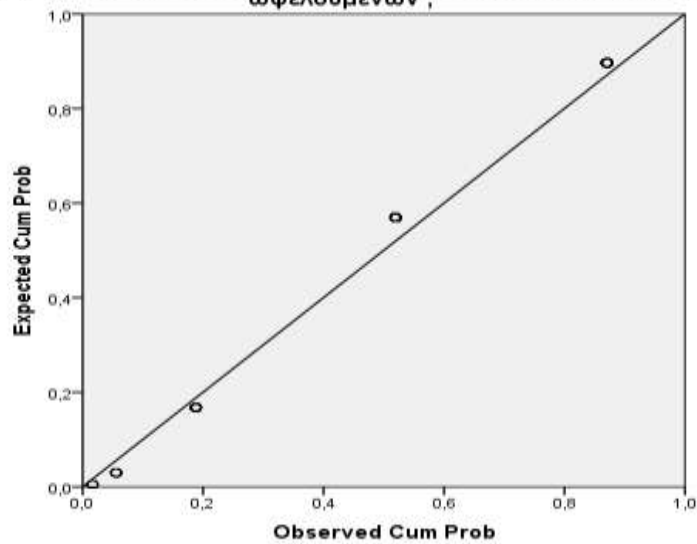
Διάγραμμα 10: Διάγραμμα pplots για «Συμφωνείτε ότι όσοι σχολούνται με το προσφυγικό – μεταναστευτικό πρέπει να έχουν ενσυναίσθηση/συμπόνια;»

Logistic P-P Plot of Είναι επαγγελματική η στάση σας απέναντι στους ωφελούμενους ;Τους αντιμετωπίζετε με ευγένεια και αλληλεγγύη ;



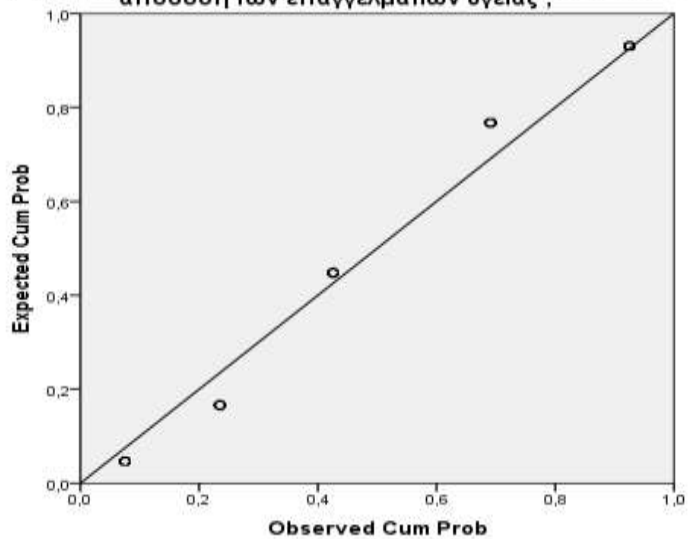
Διάγραμμα 11: Διάγραμμα pplots για «Είναι επαγγελματική η στάση σας απέναντι στους ωφελούμενους;Τους αντιμετωπίζετε με ευγένεια και αλληλεγγύη;»

Logistic P-P Plot of Τα συναισθήματα σας είναι θετικά κατά την φροντίδα των ωφελούμενων ;



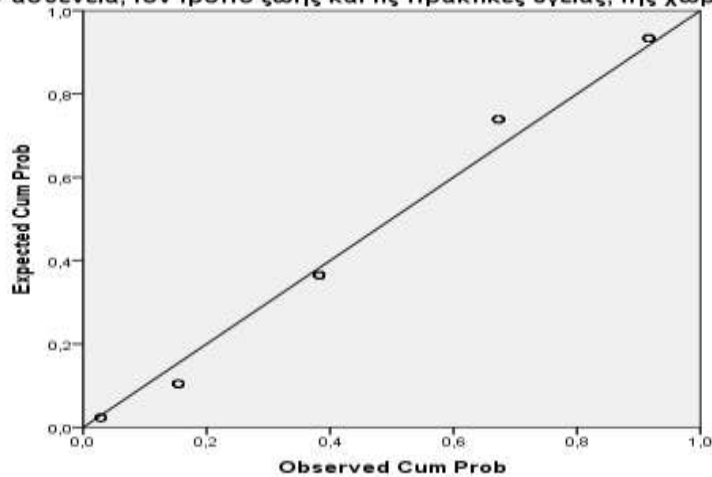
Διάγραμμα 12: Διάγραμμα pplots για «Τα συναισθήματα σας είναι θετικά κατά την φροντίδα των ωφελούμενων;»

Logistic P-P Plot of Οι προκαταλήψεις και η επιφυλακτικότητα επηρεάζουν την απόδοση των επαγγελματιών υγείας ;



Διάγραμμα 13: Διάγραμμα pplots για «Οι προκαταλήψεις και η επιφυλακτικότητα επηρεάζουν την απόδοση των επαγγελματιών υγείας;»

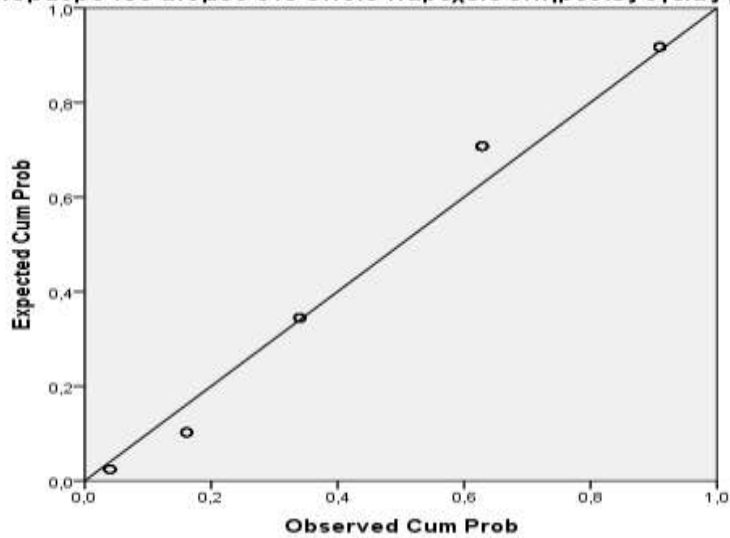
Logistic P-P Plot of Συλλέγετε πληροφορίες σχετικά με τις πεποιθήσεις για την υγεία, την ασθένεια, τον τρόπο ζωής και τις πρακτικές υγείας, της χώρας του ;



Διάγραμμα 14: Διάγραμμα pplots για «Συλλέγετε πληροφορίες σχετικά με τις πεποιθήσεις για την υγεία, την ασθένεια, τον τρόπο ζωής και τις πρακτικές υγείας της χώρας του;»

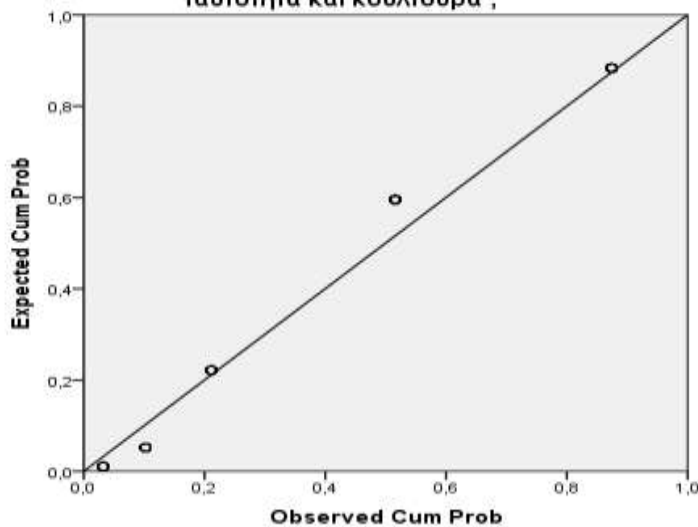


Logistic P-P Plot of Προσπαθείτε να μάθετε το κοινωνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο του ατόμου στο οποίο παρέχετε υπηρεσίες υγείας ;



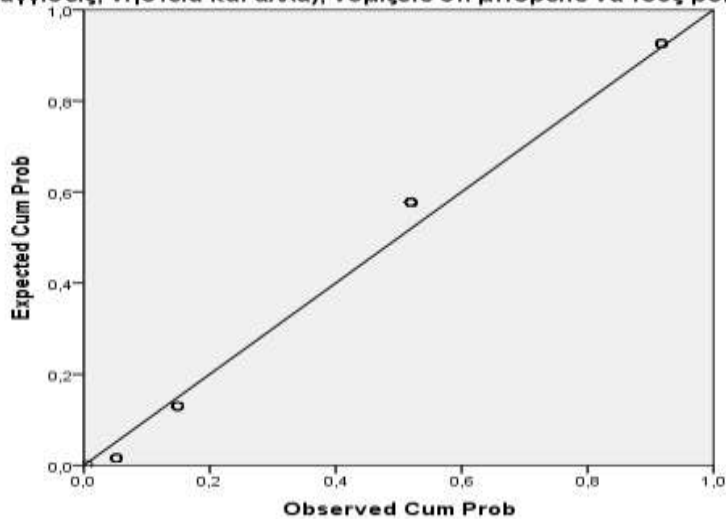
Διάγραμμα 15: Διάγραμμα pplots για «Προσπαθείτε να μάθετε το κοινωνικό κι πολιτισμικό υπόβαθρο του ατόμου στο οποίο παρέχετε υπηρεσίες υγείας;»

Logistic P-P Plot of Προσαρμόζετε τον τρόπο λειτουργίας σας και την συμπεριφορά σας όταν έχετε απέναντί σας κάποιον με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα και κουλτούρα ;



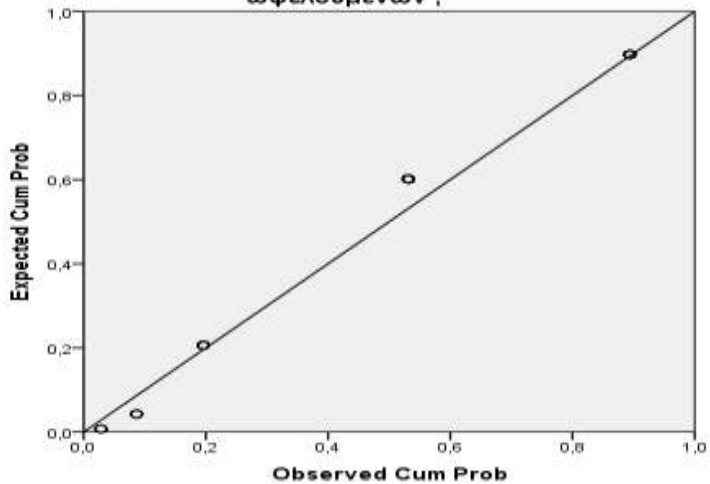
Διάγραμμα 16: Διάγραμμα pplots για «Προσαρμόζετε τον τρόπο λειτουργίας σας και την συμπεριφορά σας όταν έχετε απέναντί σας κάποιον με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα και κουλτούρα;»

Logistic P-P Plot of Παρά την ιδιαίτερη στάση των ωφελούμενων σε θέματα υγείας (μεταγγίσεις, νηστεία και άλλα), νομίζετε ότι μπορείτε να τους βοηθήσετε :

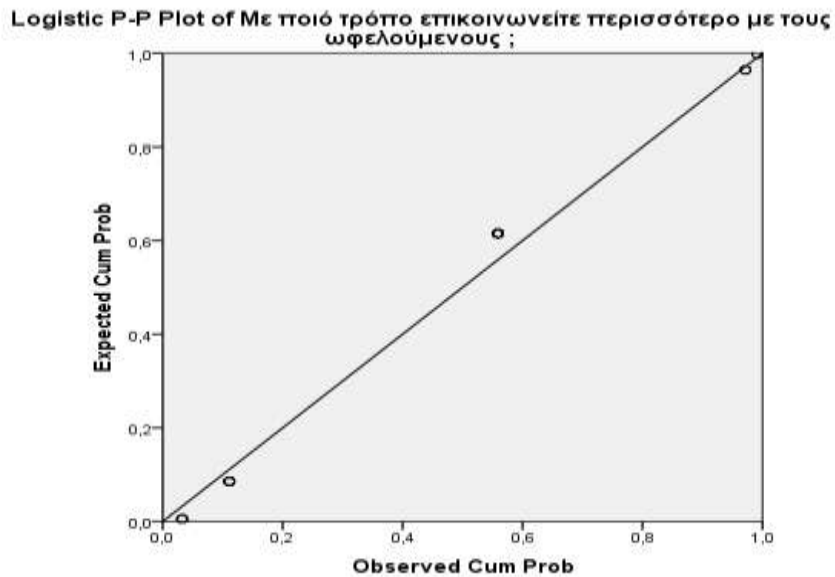


Διάγραμμα 17: Διάγραμμα pplots για «Παρά την ιδιαίτερη στάση των ωφελούμενων σε θέματα υγείας, νομίζετε ότι μπορείτε να τους βοηθήσετε;»

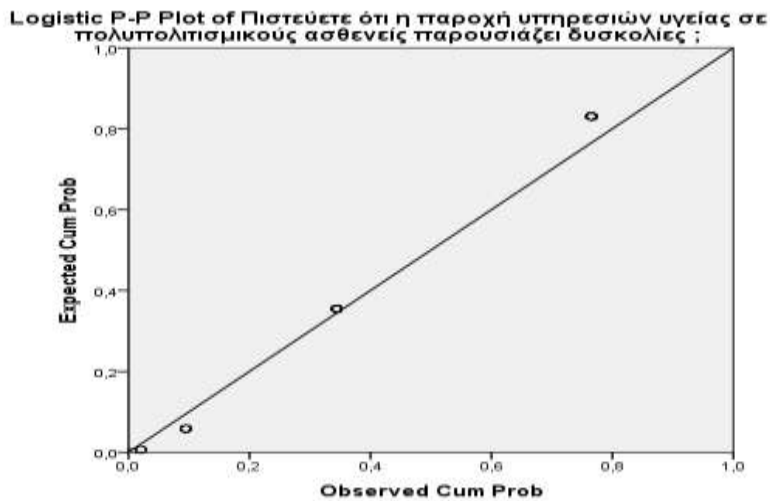
Logistic P-P Plot of Πιστεύετε ότι έχετε τις απαραίτητες δεξιότητες για αντεπεξέλθετε στις προκλήσεις σχετικά με την πολυποικιλικότητα των ωφελουμένων ;



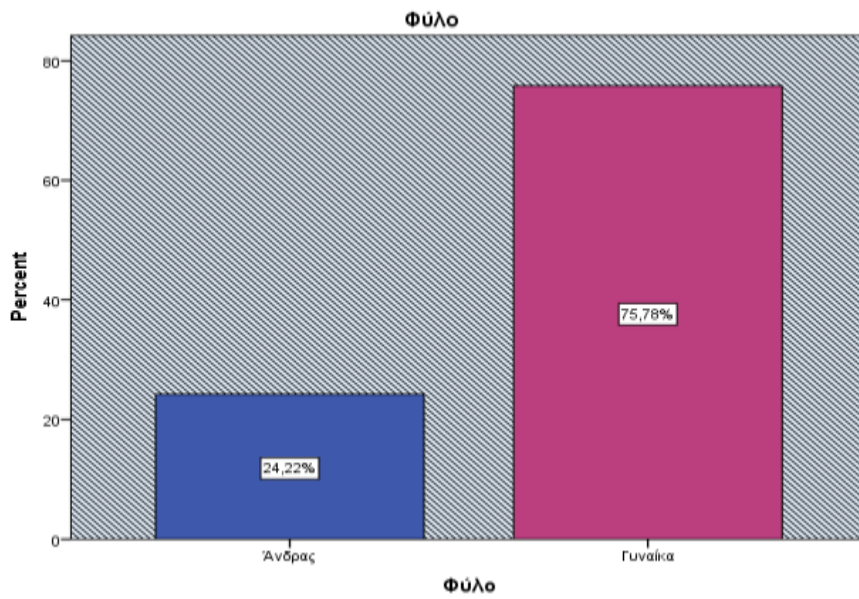
Διάγραμμα 18: Διάγραμμα pplots για «Πιστεύετε ότι έχετε τις απαραίτητες δεξιότητες για να αντεπεξέλθετε στις προκλήσεις σχετικά με την πολυποικιλικότητα των ωφελουμένων;»



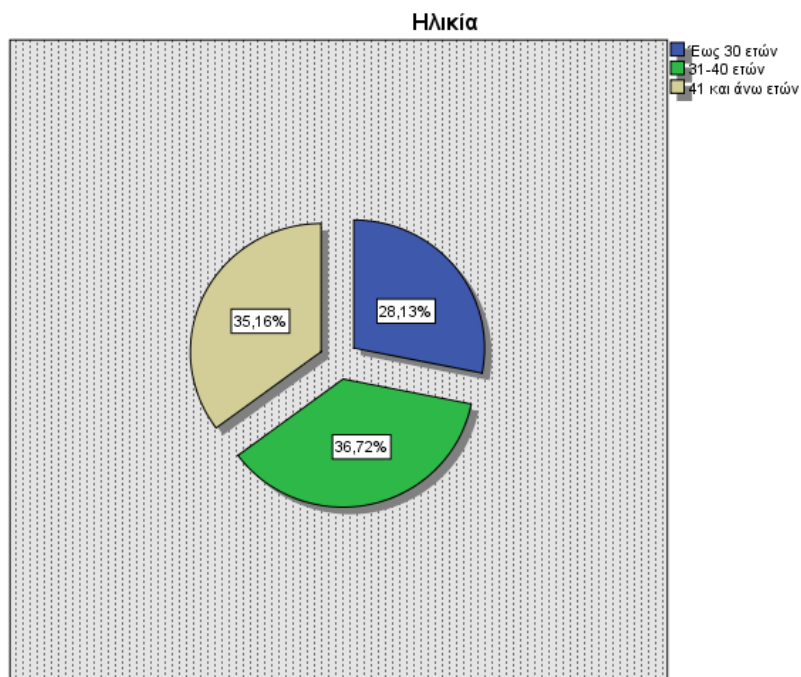
**Διάγραμμα 19:** Διάγραμμα pplots για «Με ποιο τρόπο επικοινωνείτε περισσότερο με τους ωφελούμενους;»



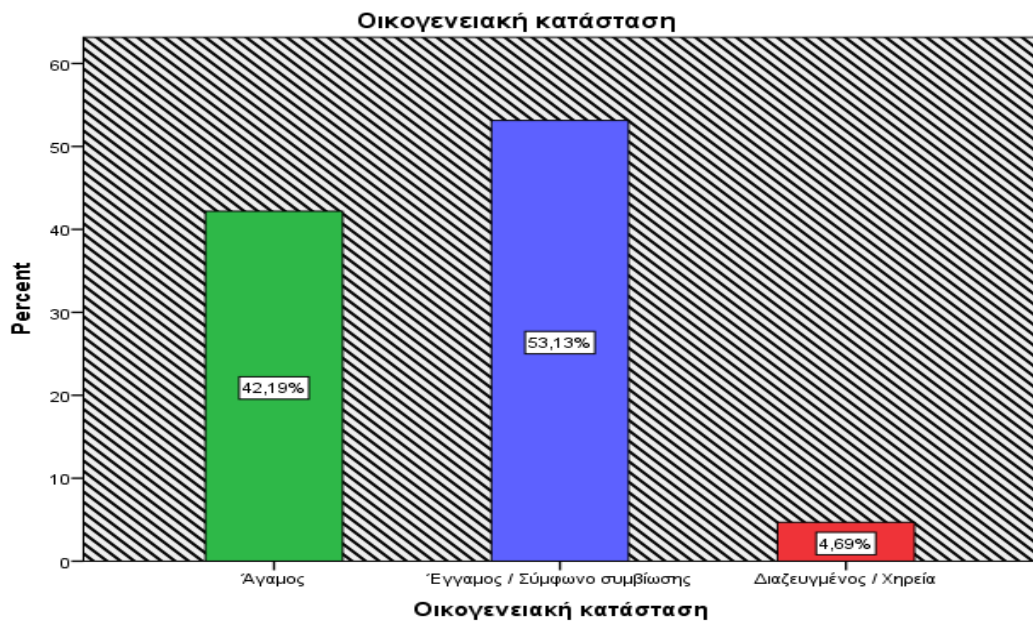
**Διάγραμμα 20:** Διάγραμμα pplots για «Πιστεύετε ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολυπολιτισμικούς ασθενείς παρουσιάζει δυσκολίες;»



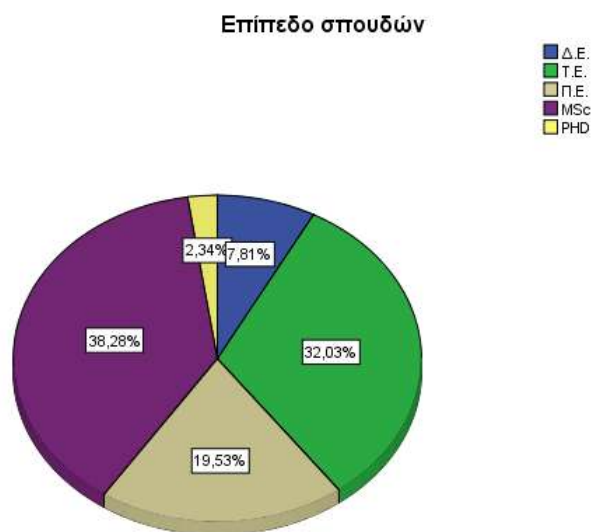
**Διάγραμμα 21: Κατανομή Φύλου**



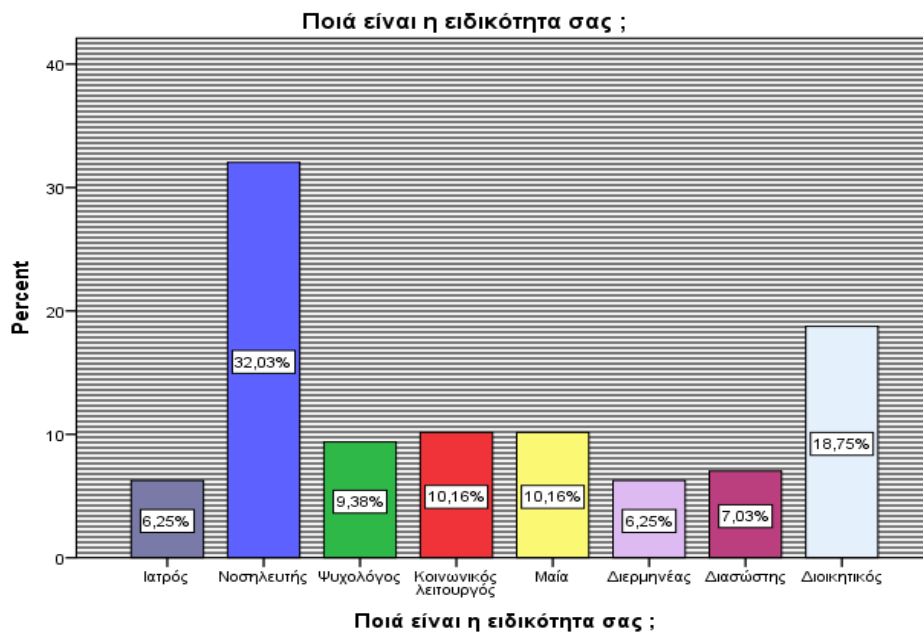
**Διάγραμμα 22: Κατανομή Ηλικίας**



**Διάγραμμα 23: Κατανομή οικογενειακή κατάσταση**



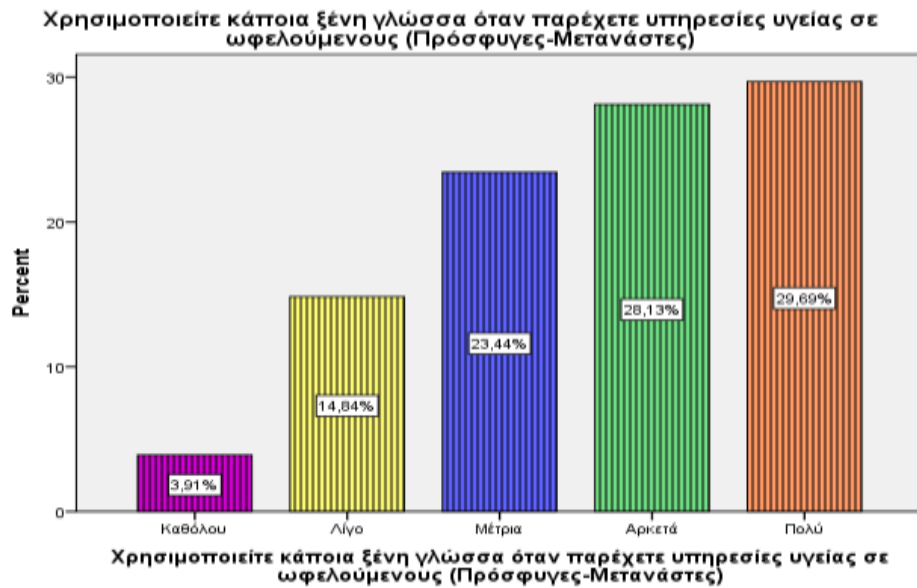
**Διάγραμμα 24: Κατανομή Επιπέδου σπουδών**



**Διάγραμμα 25: Κατανομή Ειδικότητα**

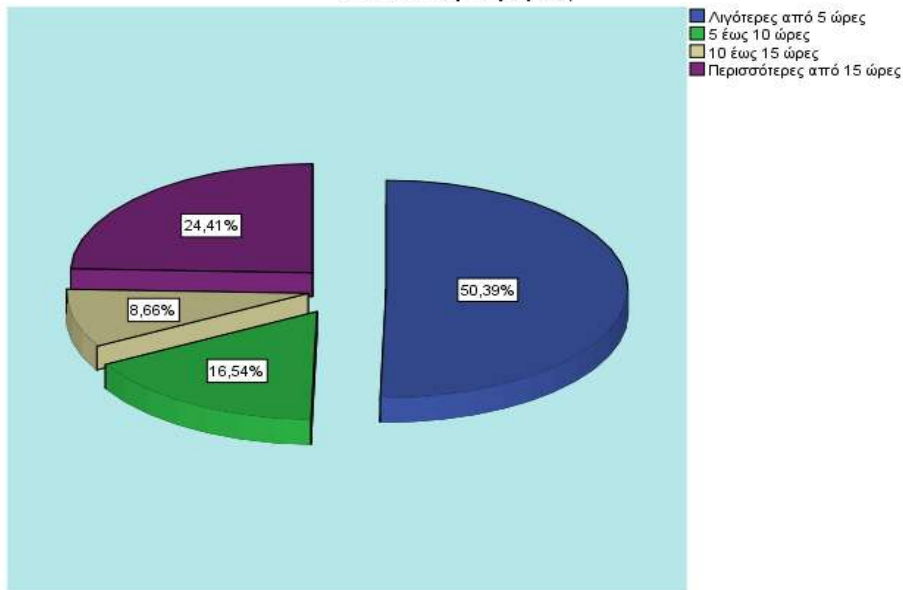


**Διάγραμμα 26: Κατανομή ετών εργασίας στο προσφυγικό- μεταναστευτικό**



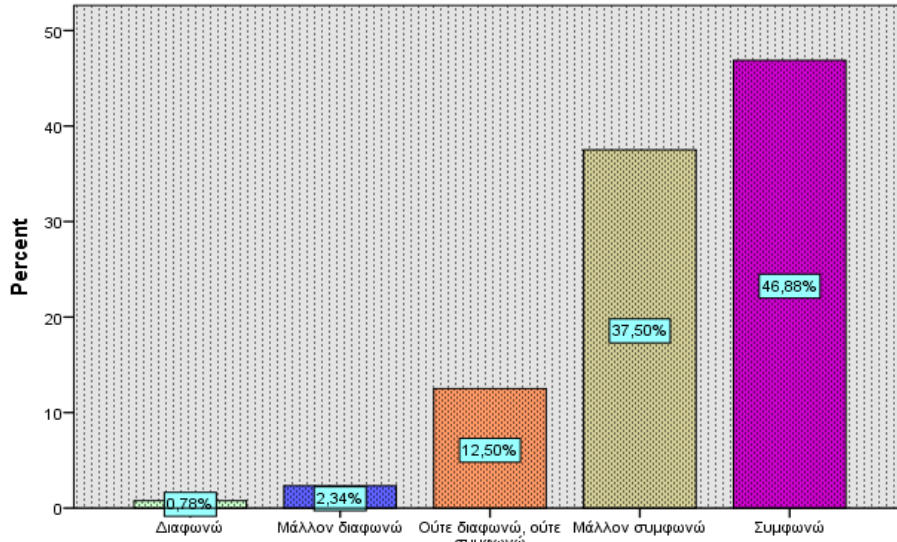
Διάγραμμα 27: Κατανομή Χρήση ξένης γλώσσας

Σε πόσες ώρες εκπαίδευσης ή επιμόρφωσης έχετε συμμετάσχει σχετικά με την διαπολιτισμική υγεία;



Διάγραμμα 28: Κατανομή Ώρες εκπαίδευσης ή επιμόρφωσης

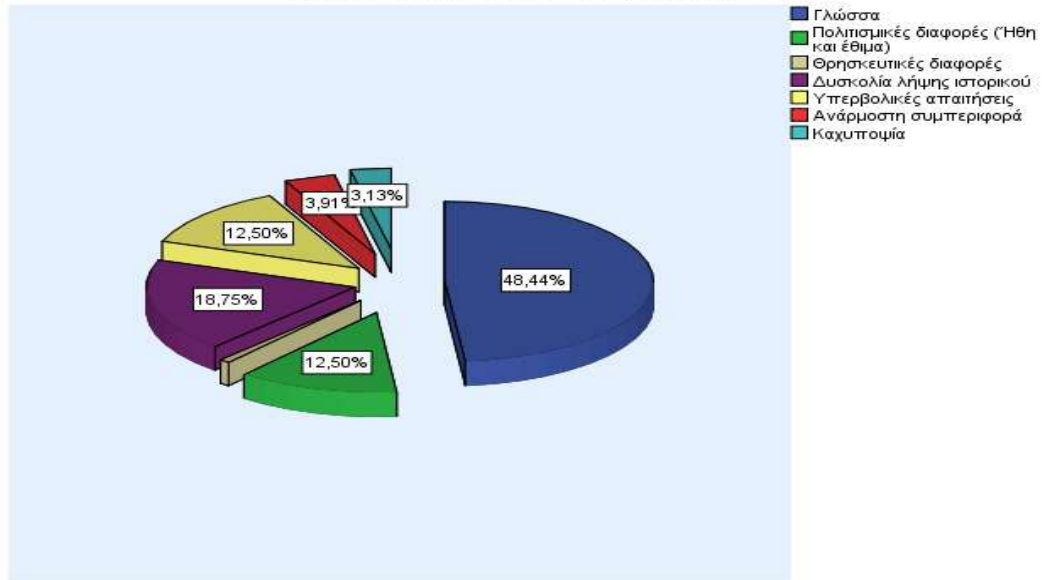
Πιστεύετε ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολυπολιτισμικούς ασθενείς παρουσιάζει δυσκολίες ;



Πιστεύετε ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολυπολιτισμικούς ασθενείς παρουσιάζει δυσκολίες ;

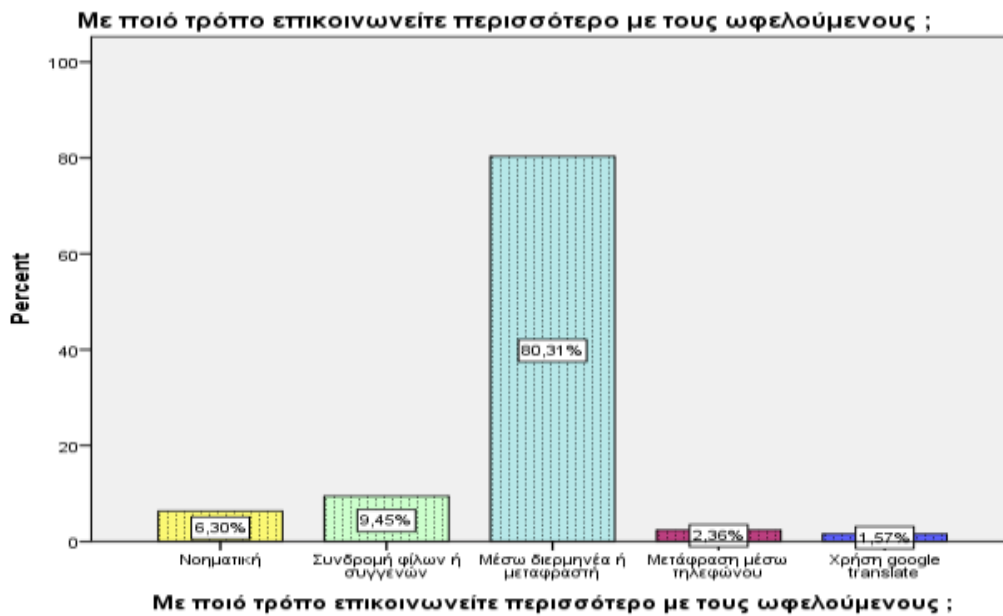
Διάγραμμα 29: Κατανομή Παρουσία δυσκολιών

Στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες ποιό είναι το μεγαλύτερο εμπόδιο που συναντάτε ;



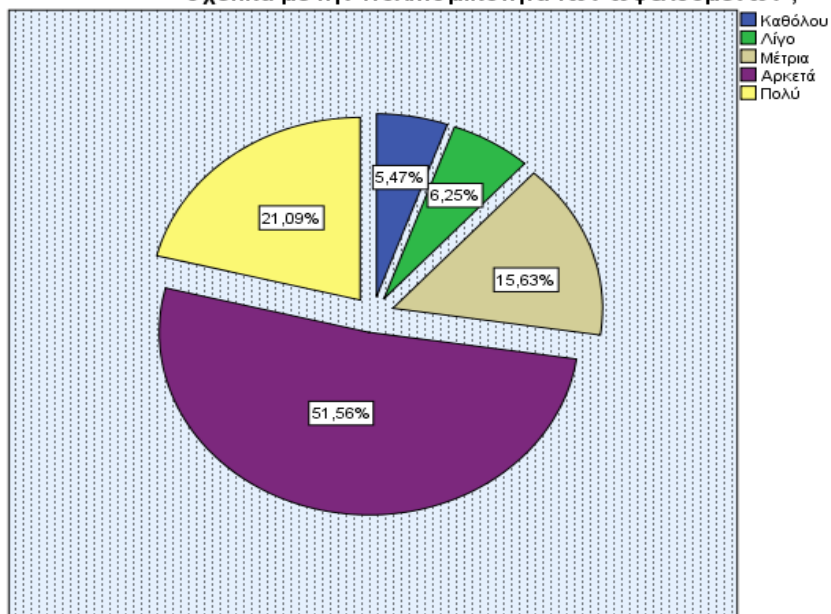
Διάγραμμα 30: Κατανομή Εμπόδια στην παροχή υπηρεσιών υγείας





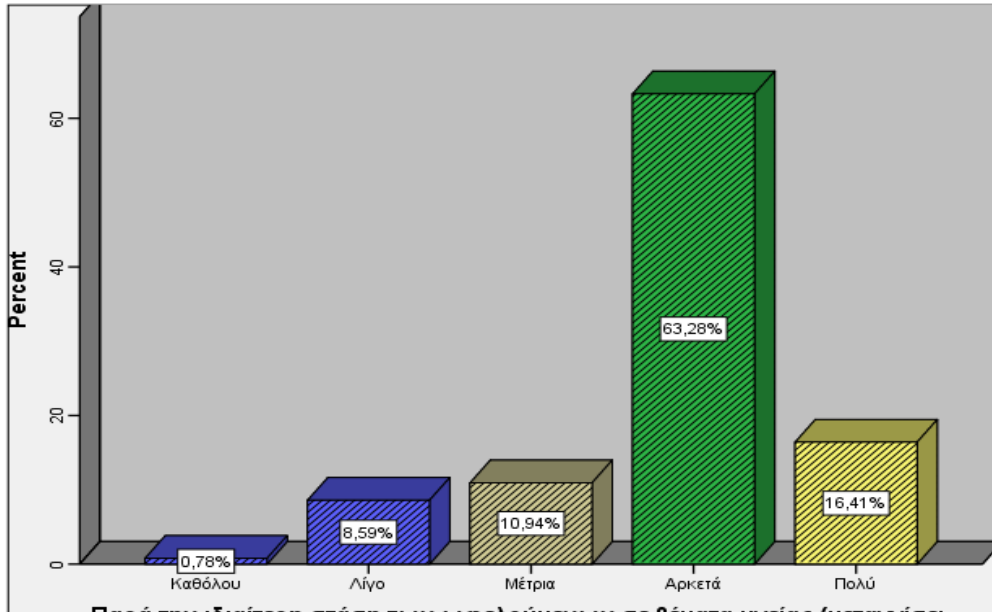
**Διάγραμμα 31: Κατανομή τρόπος επικοινωνίας**

**Πιστεύετε ότι έχετε τις απαραίτητες δεξιότητες για αντεπεξέλθετε στις προκλήσεις σχετικά με την πολιτισμικότητα των ωφελουμένων ;**



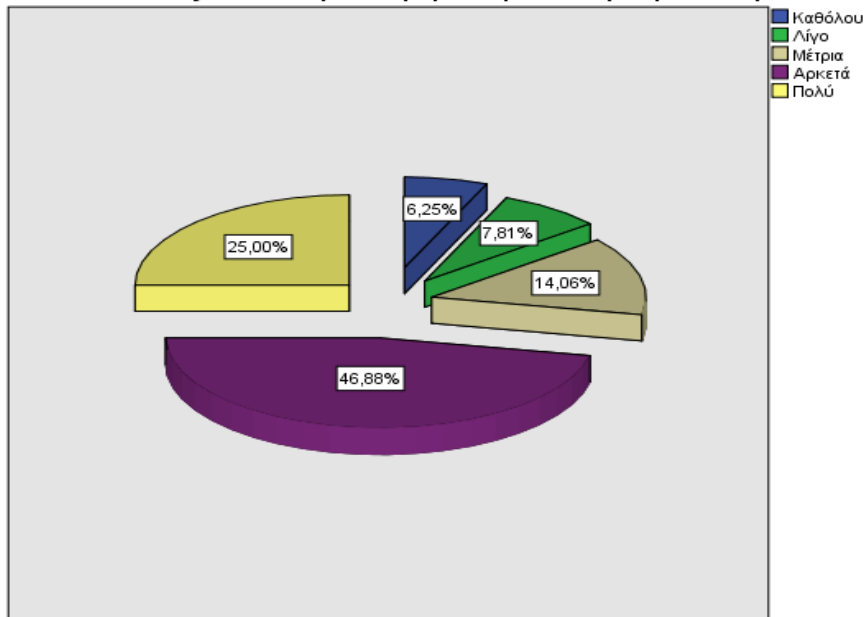
**Διάγραμμα 32: Κατανομή ύπαρξης δεξιοτήτων**

Παρά την ιδιαίτερη στάση των ωφελούμενων σε θέματα υγείας (μεταγγίσεις, νηστεία και άλλα), νομίζετε ότι μπορείτε να τους βοηθήσετε :



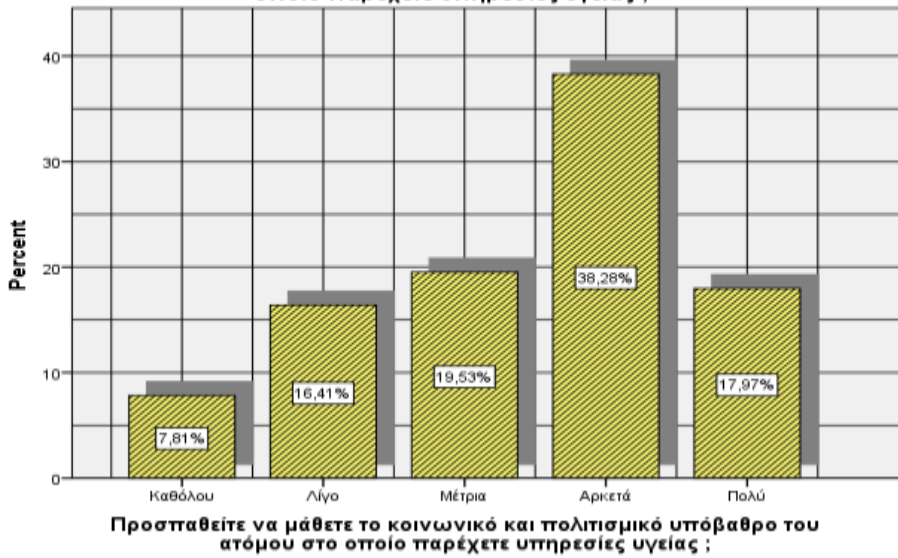
Διάγραμμα 33: Η κατανομή της βοήθειας

Προσαρμόζετε τον τρόπο λειτουργίας σας και την συμπεριφορά σας όταν έχετε απέναντί σας κάποιον με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα και κουλτούρα ;



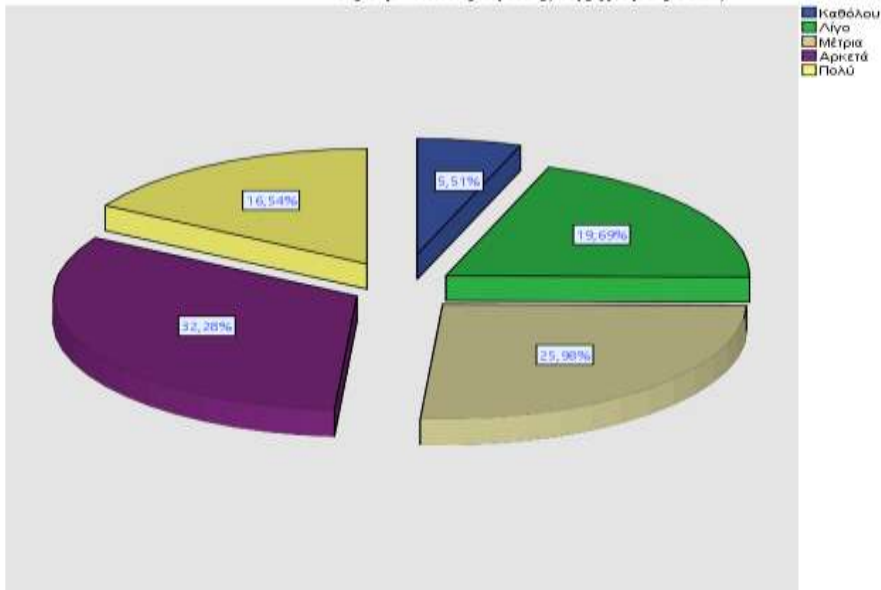
Διάγραμμα 34: Η κατανομή της προσαρμογής του τρόπου λειτουργίας

Προσπαθείτε να μάθετε το κοινωνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο του ατόμου στο οποίο παρέχετε υπηρεσίες υγείας ;



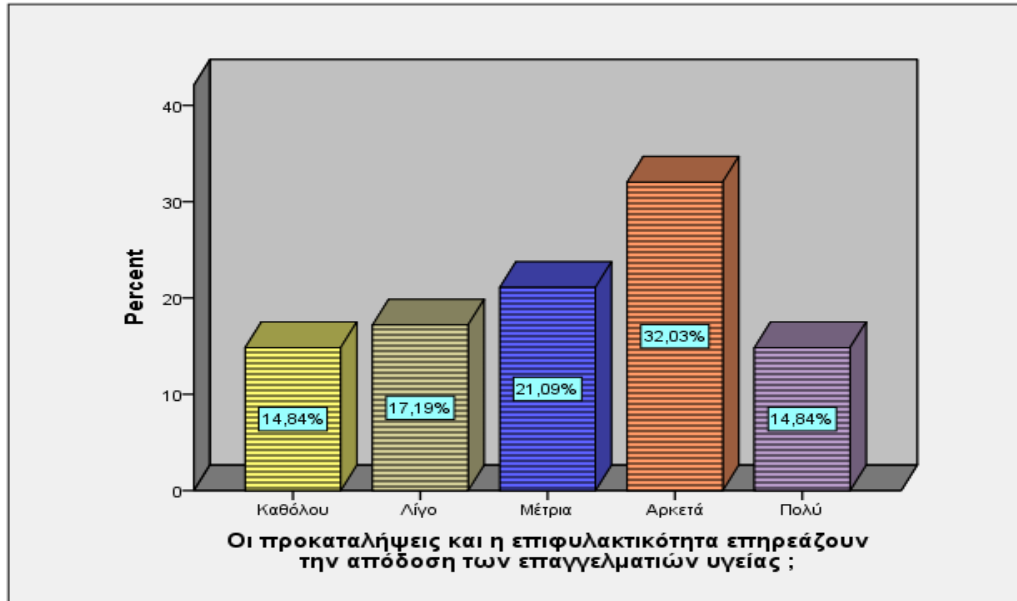
Διάγραμμα 35: Η κατανομή προσπάθεια γνώσης πολιτισμικού υπόβαθρου

Συλλέγετε πληροφορίες σχετικά με τις πεποιθήσεις για την υγεία, την ασθένεια, τον τρόπο ζωής και τις πρακτικές υγείας, της χώρας του ;



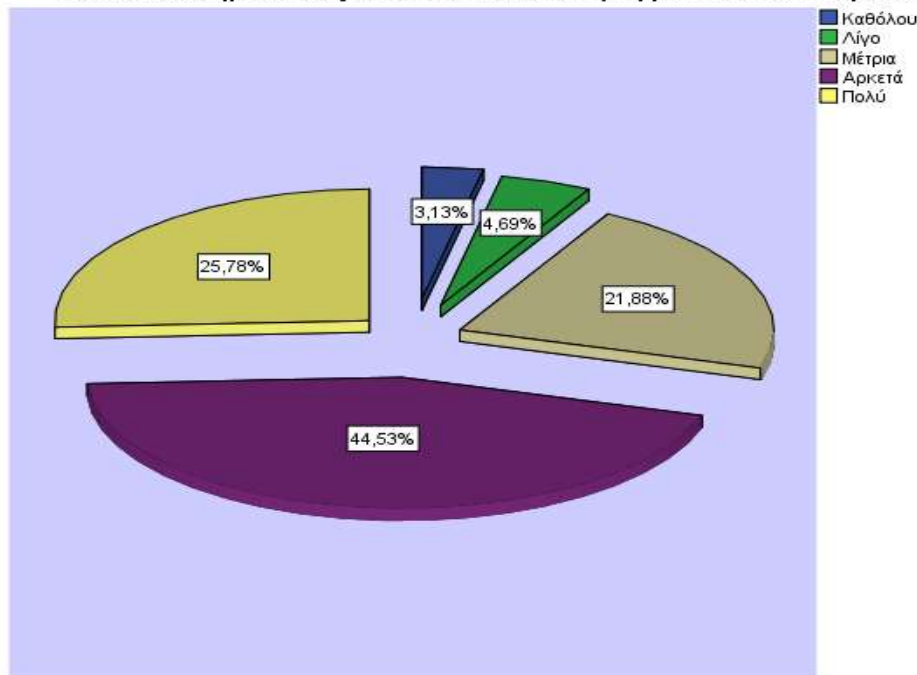
Διάγραμμα 36: Η κατανομή Συλλογής πληροφοριών.

Οι προκαταλήψεις και η επιφυλακτικότητα επηρεάζουν την απόδοση των επαγγελματιών υγείας ;



Διάγραμμα 37: Η κατανομή της Απόδοσης

Τα συναισθήματα σας είναι θετικά κατά την φροντίδα των ωφελούμενων ;

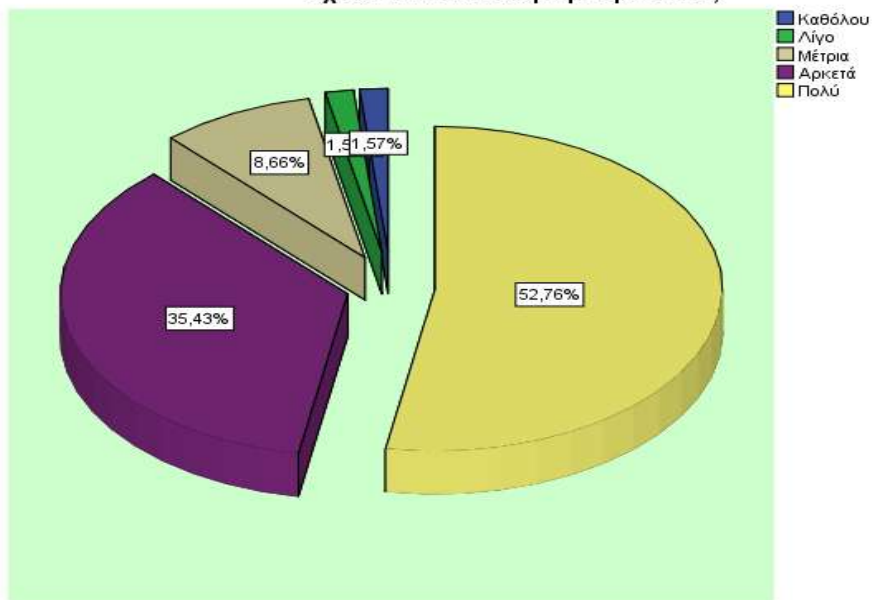


Διάγραμμα 38: Η κατανομή των θετικών συναισθημάτων



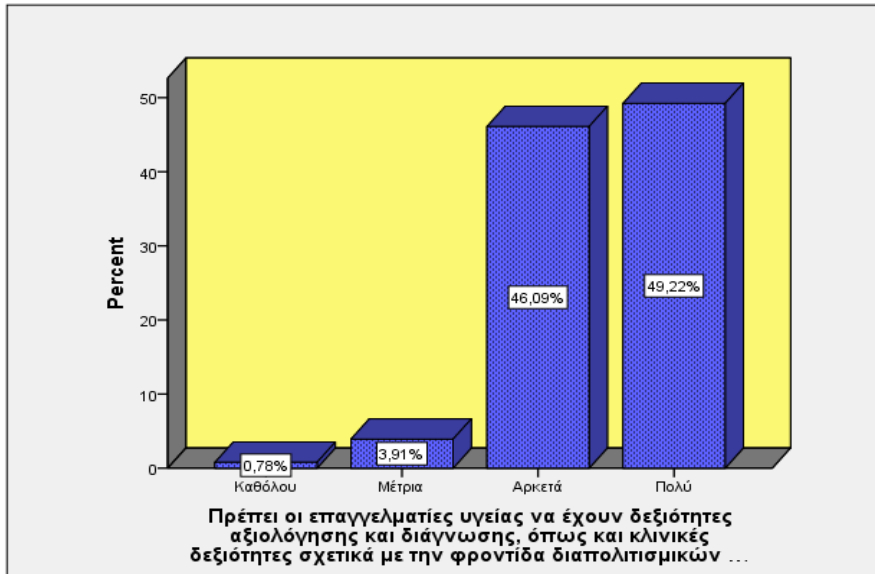
Διάγραμμα 39: Η κατανομή της επαγγελματικής στάσης

Συμφωνείτε ότι όσοι ασχολούνται με το προσφυγικό-μεταναστευτικό πρέπει να έχουν ενσυναίσθηση/συμπόνια ;



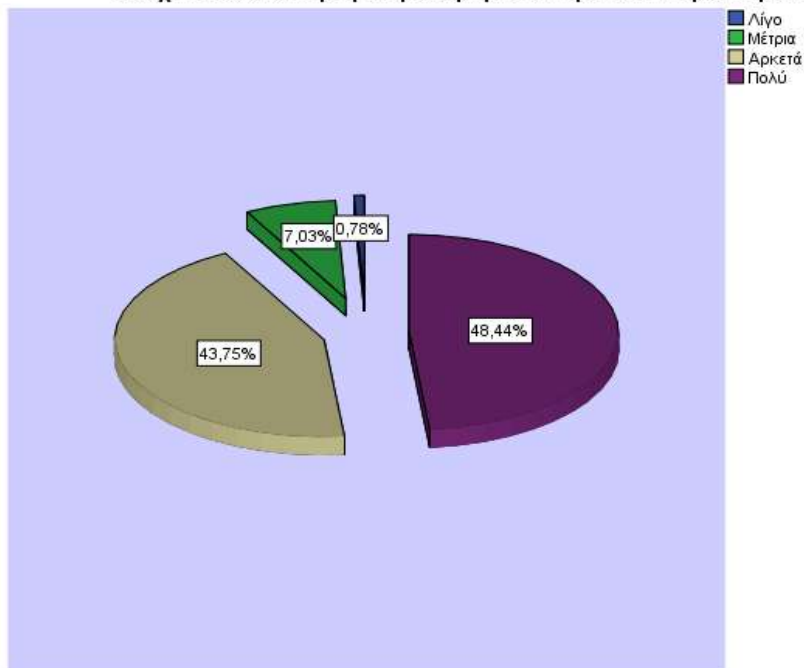
Διάγραμμα 40: Η κατανομή της ενσυναίσθησης

Πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να έχουν δεξιότητες αξιολόγησης και διάγνωσης, όπως και κλινικές δεξιότητες σχετικά με την φροντίδα διαπολιτισμικών ομάδων;



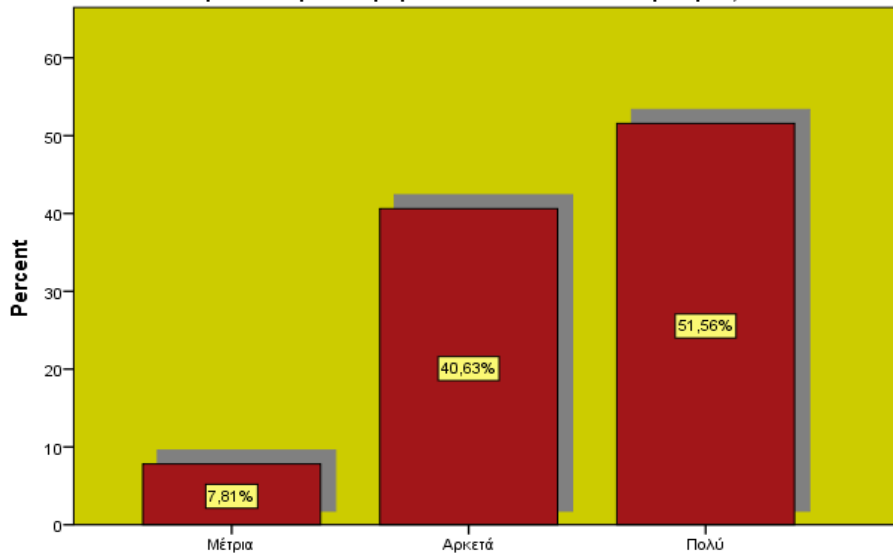
Διάγραμμα 41: Η κατανομή των δεξιοτήτων αξιολόγησης

Δείχνετε κατανόηση στη διαφορετικότητα των ωφελούμενων;



Διάγραμμα 42: Η κατανομή της κατανόησης της διαφορετικότητας

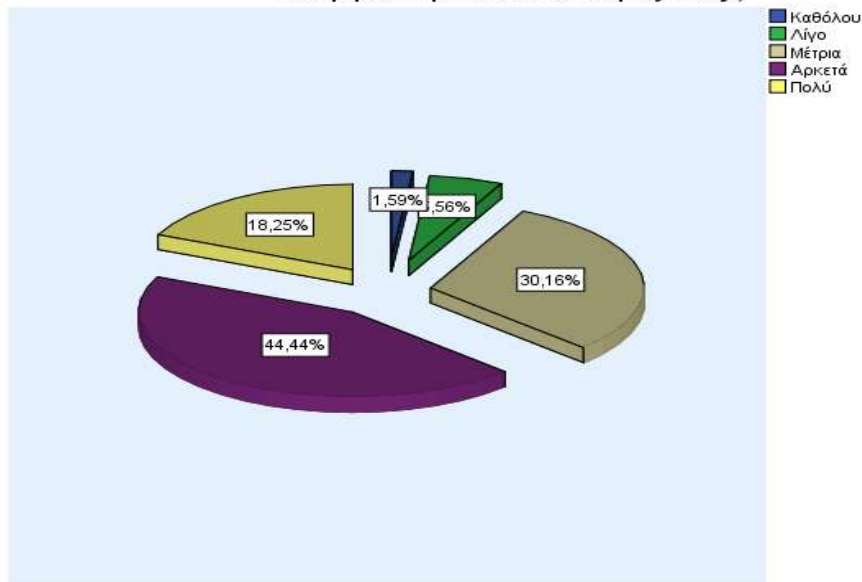
Θεωρείτε ότι πρέπει να σέβετε τον τρόπο σκέψης και την συμπεριφορά των ανθρώπων με διαφορετικό πολιτιστικό υπόβαθρο ;



Θεωρείτε ότι πρέπει να σέβετε τον τρόπο σκέψης και την συμπεριφορά των ανθρώπων με διαφορετικό πολιτιστικό υπόβαθρο ;

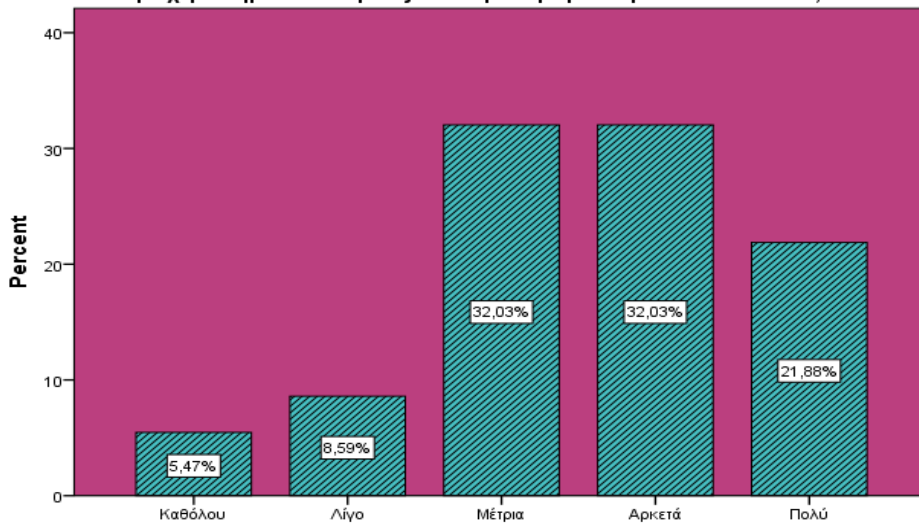
Διάγραμμα 43: Η κατανομή του Σεβασμού τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς

Απολαμβάνετε τις διαφορές των ανθρώπων από άλλα είδη πολιτισμών, την επαφή και την επικοινωνία μαζί τους ;



Διάγραμμα 44: Η κατανομή της απόλαυσης των διαφορών

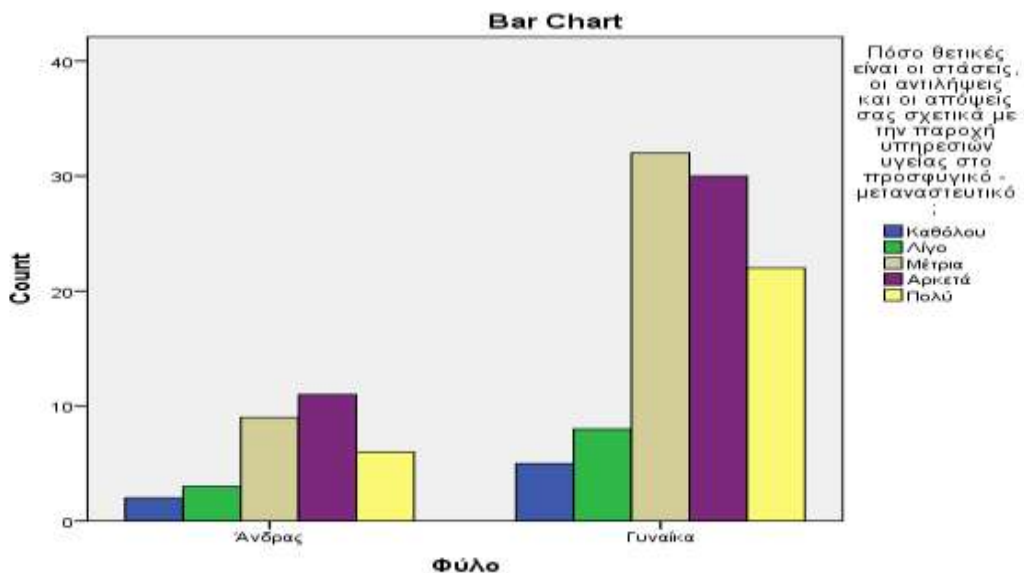
Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό ;



Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό ;

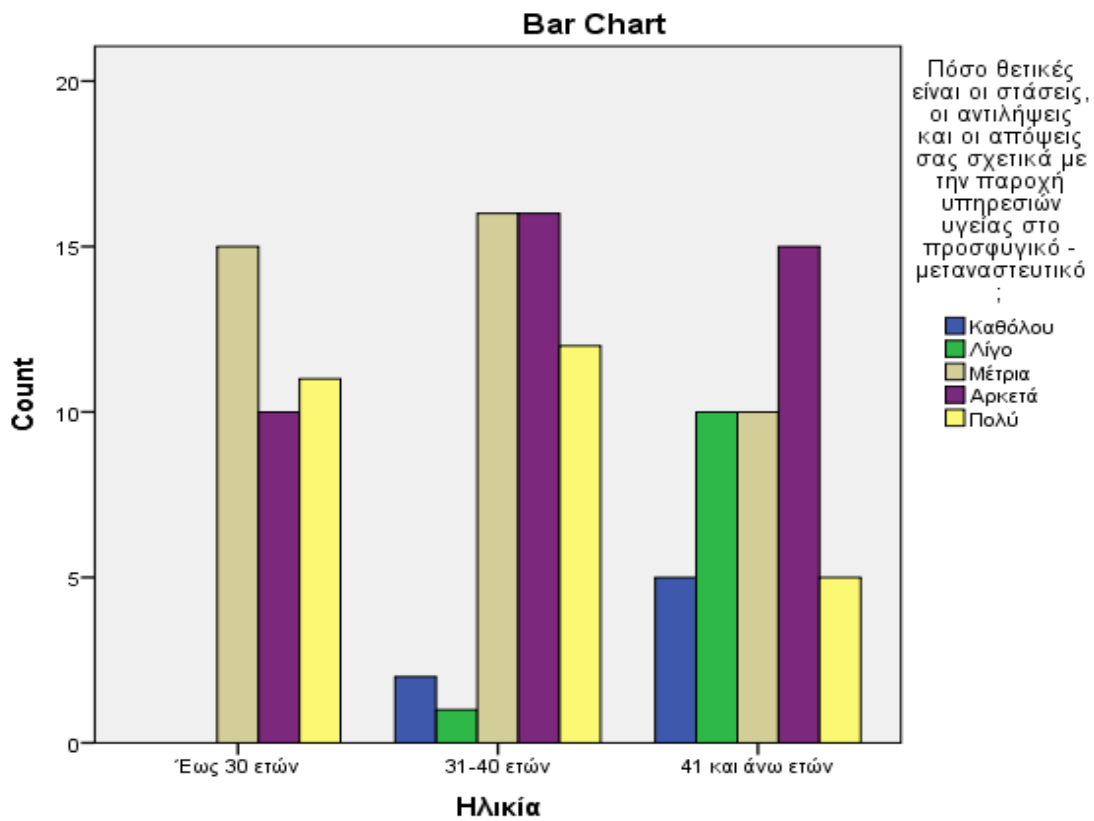
Διάγραμμα 45: Η κατανομή της θετικότητας των στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων

## 2. CROSSTABS

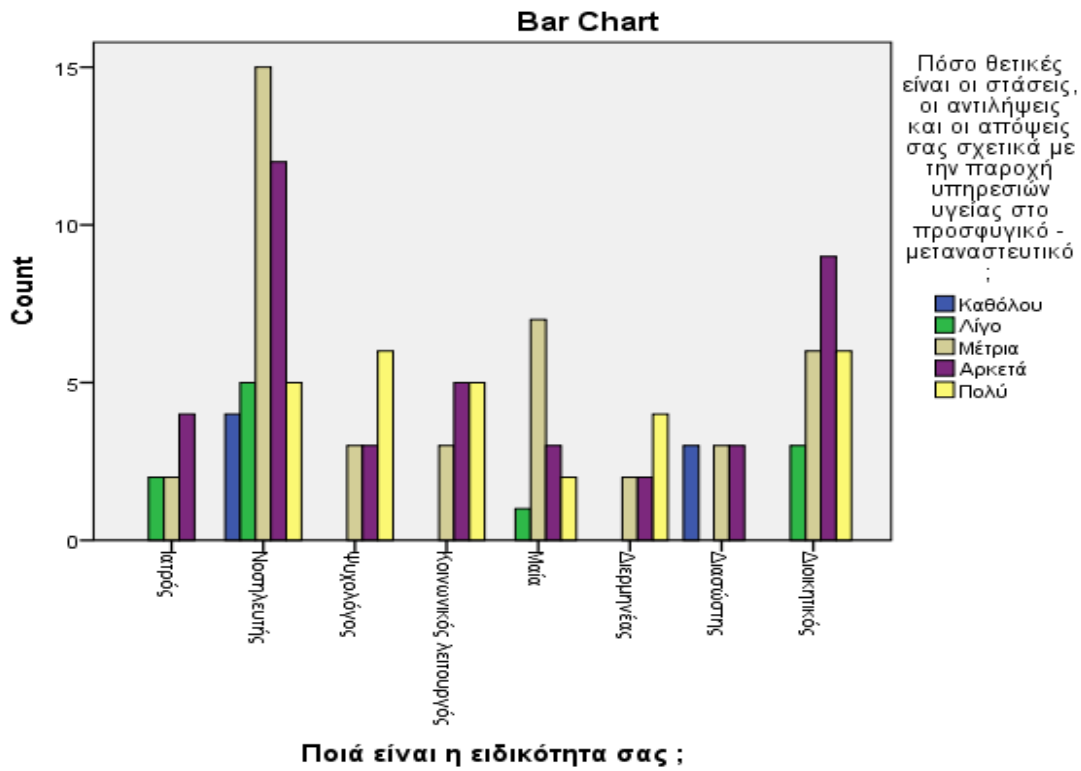


Διάγραμμα 46 : Σχέση μεταξύ του φύλου και των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων

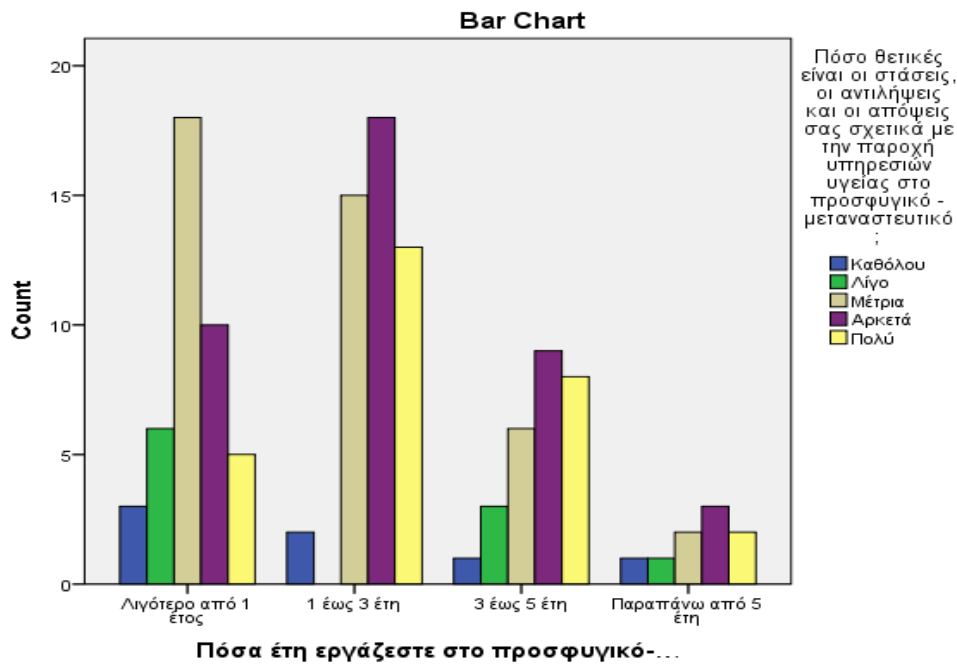




**Διάγραμμα 47: Σχέση μεταξύ της ηλικίας και των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων**



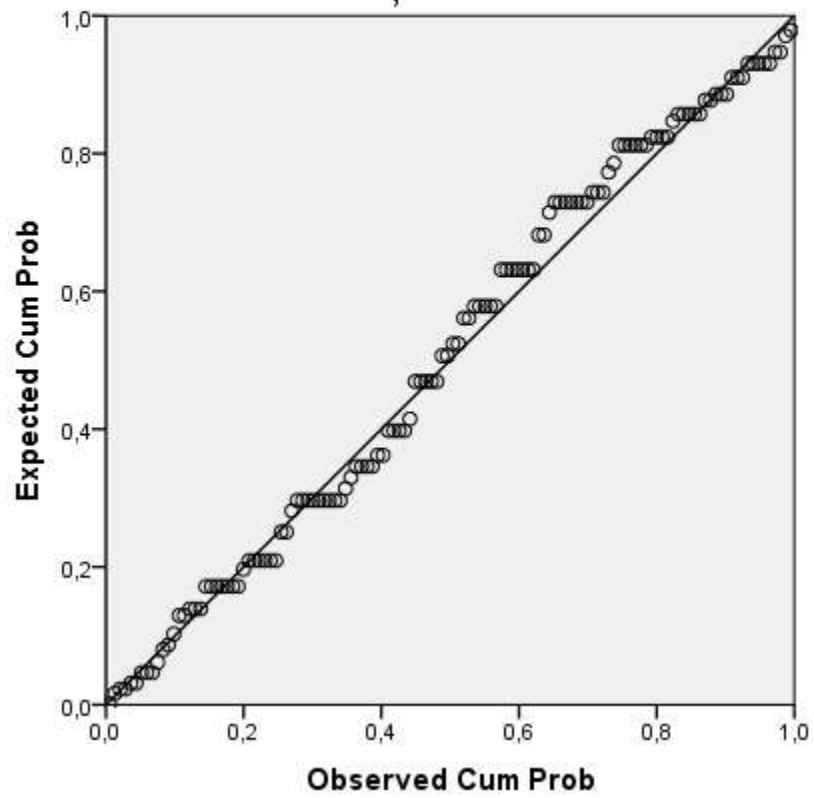
**Διάγραμμα 48: Σχέση μεταξύ της ειδικότητας και των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων**



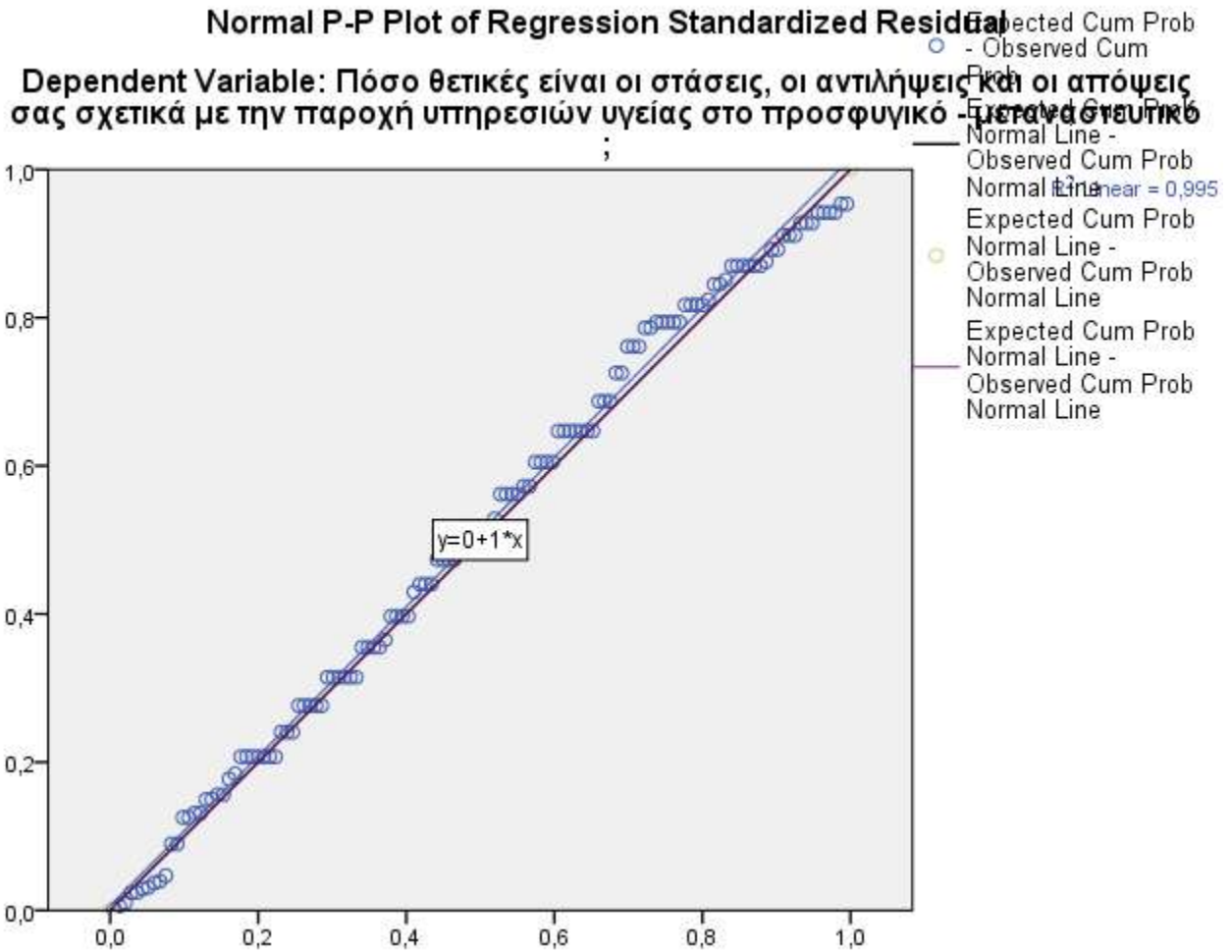
**Διάγραμμα 49: Σχέση μεταξύ των ετών εργασίας και των θετικών στάσεων, αντιλήψεων και απόψεων**

### Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

Dependent Variable: Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό ;



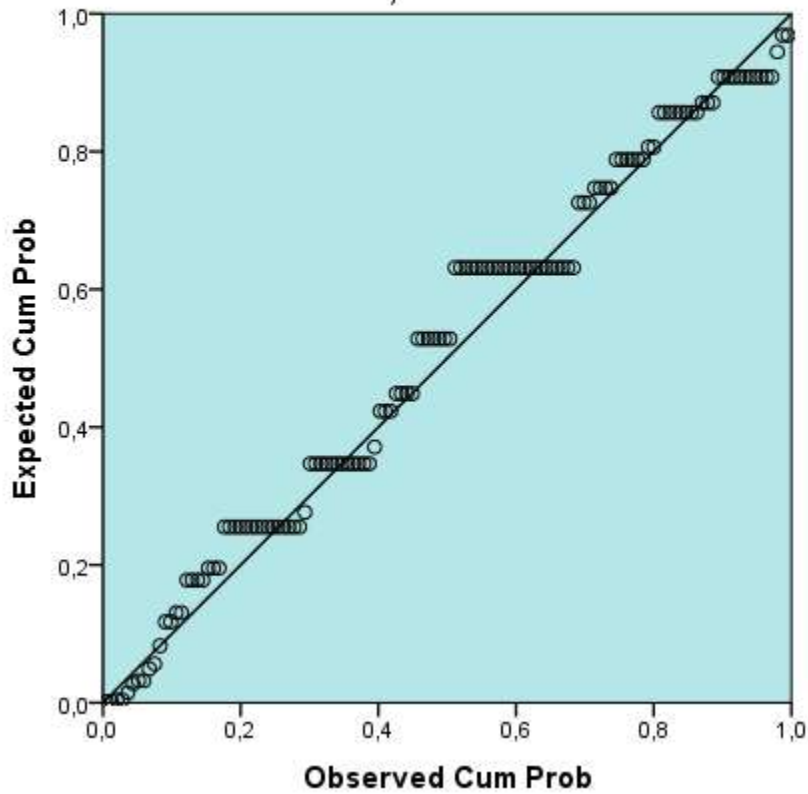
Διάγραμμα 50: P-PPlot των καταλοίπων των «πεποιθήσεων»



Διάγραμμα 51: P-PPlot των καταλοίπων

### Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

Dependent Variable: Πόσο θετικές είναι οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι απόψεις σας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στο προσφυγικό - μεταναστευτικό ;



Διάγραμμα 52: P-PPlot των καταλοίπων- ευθεία παλινδρόμησης