

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ-
ΜΙΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ



ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ: ΚΑΡΑΤΖΑ ΜΑΓΚΝΤΑΛΕΝΑ
ΚΟΥΤΟΥΛΟΓΕΝΗ ΕΙΡΗΝΗ-ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΑ ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΜΕΛΙΣΣΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2009

Εγώ είμαι έρημη . Χωρίς πατρίδα

από τον άντρα μου ταπεινωμένη,

λάφυρο από γη βαρβαρική.

Ούτε μητέρα, ούτε αδελφό, συγγενή κανένα

δεν έχω λιμάνι στη συμφορά μου αυτή...

...Ποια πόλη όμως δέχεται εμένα;

Σε ποια χώρα άσυλο, σε ποιο σπίτι ασφάλεια

φίλος θα προσφέρει σ' εμέ, το σώμα ετούτο να σώσει;

Κανένας!

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.

- 1.1. Ορισμοί: Πρόσφυγας-Μετανάστης
- 1.2. Το φαινόμενο της μετανάστευσης στην Ελλάδα
- 1.3. Οι επιπτώσεις των κοινωνικών παραγόντων στην υγεία των μεταναστών.
- 1.4. Θεμελιώδεις αξίες της Νοσηλευτικής σε θέματα υγείας.
- 1.5. Κουλτούρα και διαπολιτισμική νοσηλευτική

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.

- 2.1. Πολιτισμός και υγεία
- 2.2. Η κοινωνική παραγωγή των επιδημιών
- 2.3. Ασθένειες και τα προβλήματα που προκαλούν στη ζωή των μειονοτήτων.
- 2.4. Μετανάστευση και υγειονομική κάλυψη.
 - 2.4.1. Μετανάστες με έγγραφα
 - 2.4.2. Μετανάστες χωρίς έγγραφα
- 2.5. Στόχοι για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των μειονοτικών πληθυσμών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο:

ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

- 3.1. Στάδια μετανάστευσης και προβλήματα ψυχικής υγείας.
- 3.2. Μηχανισμοί αντοχής και αντιμετώπισης
- 3.3. Η επίδραση του πολιτισμικού πλαισίου του επαγγελματία ψυχικής υγείας και του συστήματος υγείας.
- 3.4. Η μετανάστευση ως παράγοντας επικινδυνότητας vs. ψυχικής ανθεκτικότητας παιδιών και εφήβων.
- 3.5. Προστατευτικοί παράγοντες για την επάρκεια των μεταναστών εφήβων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο:

ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

- 4.1. Κοινωνικός αποκλεισμός vs. κοινωνική ενσωμάτωση.
- 4.2. Προβληματισμοί για την προώθηση της κοινωνικής ενσωμάτωσης.
- 4.3. Κοινωνική πολιτική και υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο:

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΕΣ

- 5.1. Κοινωνική Υπηρεσία.
- 5.2. Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (ΕΚΑΚΒ).
- 5.3. Κέντρο Ημέρας Βαβέλ.
- 5.4. «ΙΟΛΑΟΣ»
- 5.5. Γιατροί του Κόσμου.
- 5.6. PRAKSIS

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Από τα προϊστορικά ακόμα χρόνια οι διάφορες ανθρώπινες φυλές ήταν αναγκασμένες να μεταναστεύουν από τον ένα τόπο στον άλλο, προσπαθώντας να επιβιώσουν. Ο ίδιος λόγος ισχύει, σε σημαντικό βαθμό, μέχρι και σήμερα που η μετανάστευση εμφανίζεται με καινούργιες μορφές. Η Ελλάδα είναι μία σημαντική χώρα με φιλόξενο λαό, που αναγνωρίζει τα ανθρώπινα δικαιώματα, γι' αυτό και πολλοί μετανάστες τη θεωρούν το πρώτο σκαλί για την είσοδο τους στην Ευρώπη.

Το πρόβλημα της μετανάστευσης, που αποτελεί το αντικείμενο της εργασίας, το οποίο στην Ελλάδα είναι αρκετά σοβαρό, είναι αρκετά πολύπλευρο και ιδιαίτερο. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η αναφορά στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες στην Ελλάδα με ιδιαίτερη έμφαση στα προβλήματα υγείας και ελπίζουμε ότι στο εγγύς μέλλον να βρεθούν λύσεις για τη θετική συμβολή στην ελληνική κοινωνία.

Πολλές θεωρίες έχουν αναπτυχθεί γύρω από την υγεία των ανθρώπων αυτών σε σχέση με τον πολιτισμό. Σε μία ανεπτυγμένη χώρα είναι ελάχιστοι οι θάνατοι από κάποια νοσήματα, λόγω βελτιωμένου βιοτικού επιπέδου. Υπάρχουν όμως και οι φτωχότερες κοινωνικές ομάδες όπως οι μειονότητες, όπου είναι πιο ευάλωτες στις μεταδοτικές ασθένειες στις ψυχικές διαταραχές, καθώς και στα εργατικά ατυχήματα. Επειδή όμως το σύστημα περίθαλψης στην Ελλάδα καθιστά δύσκολη τη νοσηλεία των ομάδων αυτών, αυξάνονται οι πιθανότητες επιδείνωσης των παραπάνω προβλημάτων. Χρειάζονται λοιπόν τρόποι και πρακτικές για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών καθώς και προγράμματα πρόληψης.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, πέρα από τα σωματικά προβλήματα υγείας, οι μετανάστες αντιμετωπίζουν και ψυχικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη, μετατραυματικό στρες και άγχος. Η αλλαγή χώρας, οι άνθρωποι που αφήνουν στην πατρίδα τους, οι δύσκολες συνθήκες διαβίωσης καθώς και η αβεβαιότητα για το μέλλον, είναι συνθήκες που επηρεάζουν την ψυχολογία τους. Η χώρα υποδοχής λοιπόν θα πρέπει να τους εντάξει ομαλά στο κοινωνικό σύνολο. Πολλά από τα παραπάνω προβλήματα εντείνονται όταν οι μετανάστες γίνονται θύματα πολλών μορφών διακρίσεων, βιώνοντας τον κοινωνικό αποκλεισμό, τόσο στο επίπεδο της εκπαίδευσης ή της απασχόλησης, όσο και στον τομέα της υγείας.

Διάφοροι κοινωνικοί φορείς έχουν αναλάβει να βοηθήσουν τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες που μένουν στο περιθώριο μιας γενικότερης ευημερίας. Οι οργανώσεις αυτές μπορεί να είναι κυβερνητικές ή μη κυβερνητικές. Αγωνίζονται για την προάσπιση των ανθρώπινων δικαιωμάτων, την ενσωμάτωση τους στο κοινωνικό σύνολο, την πληροφόρηση για θέματα πρόνοιας καθώς και την προώθηση και διατήρηση της υγείας. Παράλληλα, η νοσηλευτική, ως ανθρωπιστική επιστήμη που χαρακτηρίζεται από αυτονομία, φιλανθρωπία, μη επιβλαβή

πρακτική και δικαιοσύνη, αντιμετωπίζει τον κάθε ασθενή σαν μια ολοκληρωμένη προσωπικότητα και σέβεται τη διαφορετικότητά του.

Τα δεδομένα και οι πληροφορίες που συλλέξαμε προέρχονται από πηγές του διαδικτύου, βιβλία, εταιρίες στατιστικών στοιχείων καθώς και από στοιχεία που υπάρχουν στα αρχεία της Πανεπιστημιακής Πνευμονολογικής Κλινικής του νοσοκομείου Γ. Ν.Γ. Παπανικολάου.

Ευχαριστούμε θερμά την καθηγήτρια Κ^α Μελισσά για την πολύτιμη καθοδήγηση της.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λέξη πρόσφυγας, όπως ορίζεται σε δυο συμβάσεις του ΟΗΕ και συμπληρώνεται με το Πρωτόκολλο του 1967, προσδιορίζει κάθε άτομο που είναι υποχρεωμένο να εγκαταλείψει τη χώρα του χωρίς να μπορεί να επιστρέψει σ' αυτήν.

Ως μετανάστης ορίζεται ο κάτοικος μιας χώρας που με δική του επιλογή εγκαθίσταται σε μια δεύτερη χώρα. Ο όρος μετανάστης έχει πολλά χαρακτηριστικά, ανάλογα με το χώρο μετακίνησης, με τον αριθμό των ατόμων που μετακινούνται, ακόμα και για τον λόγο για τον οποίο αποφασίζουν να αλλάξουν τόπο διαμονής. Χαρακτηρίζεται ακόμα και από την συχνότητα ή την απόσταση που διανύεται κατά την μετακίνηση. Όσον αφορά το άτομο, η μετακίνηση μπορεί να το επηρεάσει θετικά ή αρνητικά, ανάλογα με τις δυσκολίες που θα αντιμετωπίσει στη χώρα που μεταβαίνει.

Η Ελλάδα και το φαινόμενο της μετανάστευσης, συνδέονται στην ιστορία από τότε που η χώρα μας τελούσε υπό τουρκικής κατοχής. Πολλοί ήταν αυτοί που λόγω των δυσμενών συνθηκών αποφάσισαν να εγκαταλείψουν την πατρίδα και να εγκατασταθούν σε κάποια άλλη χώρα για ένα καλύτερο μέλλον. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες όμως φαίνεται πως αντιστράφηκαν τα πράγματα και η Ελλάδα αποτελεί πλέον έναν από τους πιο δημοφιλείς προορισμούς των μεταναστών, είτε λόγω πολιτικών συνθηκών, είτε λόγω γεωγραφικής θέσης. Ως πόλος έλξης των μεταναστών όμως, παρουσιάζει και αρκετά μειονεκτήματα ως προς την απασχόληση, την ασφάλεια και κυρίως την υγεία των ατόμων αυτών.

Η νοσηλευτική ως επιστήμη της υγείας, βασίζεται στις υψηλές ηθικές αξίες του ανθρώπου και της υγείας του. Όσο λοιπόν η κοινωνία χρειάζεται αξίες για να επιζήσει, τόσο η νοσηλευτική έχει ανάγκη αξιών για να εκπληρώσει το στόχο της προς την κοινωνία. Στην Ελλάδα, λόγω πολλών μεταναστών, αυτές οι αξίες και οι πεποιθήσεις, αποτελούν ένα έναυσμα για τους νοσηλευτές ώστε να ενημερώνονται γι' αυτές και να προσαρμόζεται η φροντίδα τους για την ικανοποίηση των ασθενών. Έτσι διαμορφώνονται και οι τέσσερις βασικές αρχές της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης για τη σωστή στάση των νοσηλευτών απέναντι στους ανθρώπους.

Ο πολιτισμός διαμορφώνει το κοινωνικό περιβάλλον και τη συμπεριφορά των ανθρώπων. Επηρεάζει την αντίληψη τους γύρω από την υγεία, την ασθένεια αλλά και το πού αυτές οφείλονται. Μεγάλο αντίκτυπο στον πολιτισμό έχουν η θρησκεία και η επιστήμη. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ο Κλασικός Ελληνικός, ο Κινέζικος και ο Δυτικός πολιτισμός, οι οποίοι ερμηνεύουν διαφορετικά την αιτιολογία της αρρώστιας. Αξιοσημείωτη είναι η σχέση πολιτισμού και νοσηρότητας, ο πολιτισμός δηλαδή μπορεί να φέρει ορισμένα νοσήματα, όπως υποστηρίζει ο Πλάτων.

Από τότε που δημιουργήθηκε πολυπληθείς οικισμοί άρχισαν να εμφανίζονται επιδημίες. Η εξάπλωση των νοσημάτων οφείλονται στη μειωμένη ποιότητα βιοτικού επιπέδου και συνθηκών ζωής που επικρατούσαν. Η αντιμετώπιση των νοσημάτων και της εξάπλωσης τους αύξησε το μέσο όρο ζωής των ανθρώπων. Η προστασία της υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο γεννιέται, μεγαλώνει, εκπαιδεύεται, εργάζεται και ζει κάθε άτομο. Επειδή όμως οι ανθρώπινες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ανισοτήτων, είναι φανερό ότι οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι επίσης άνισα καταμεμημένοι σε κάθε πληθυσμό. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη σοβαρών ανισοτήτων στην υγεία, όχι μόνο από κοινωνία σε κοινωνία, αλλά και μεταξύ των μελών κάθε κοινωνίας, ανάλογα με τη θέση που κατέχουν σε αυτή. Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία καταγράφονται και στους δείκτες νοσηρότητας. Έχει μάλιστα υποστηριχθεί ότι οι ανισότητες στην υγεία είναι πιο έντονες σε ότι αφορά τη νοσηρότητα απ' ότι τη θνησιμότητα. Οι χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις καθώς και οι μειονότητες υποφέρουν από κακή διατροφή, έλλειψη καθαρού πόσιμου νερού, θέρμανσης, αποχέτευσης, στέγης και, κατά κανόνα, από ανθυγιεινές συνθήκες εργασίας. Οι παράγοντες αυτοί έχουν σαφή επίδραση στη διασπορά των λοιμωδών νοσημάτων.

Όσον αφορά την υγειονομική κάλυψη των μεταναστών, στην Ελλάδα εφαρμόστηκε το 2002, μέτρο με το οποίο εφόσον έχουν βιβλιάριο υγείας εκδιδόμενο από το ασφαλιστικό τους ταμείο, μπορούν να έχουν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Οι δε ανασφάλιστοι έχουν πρόσβαση μόνο στα επείγοντα περιστατικά και μόνο στην περίπτωση που απειλούνται από κάποια μεταδοτική ασθένεια και δεν υπάρχει θεραπεία στη χώρα τους, επωφελούνται της δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Τα προβλήματα υγείας των μειονοτήτων χρειάζονται ειδική μεταχείριση και σφαιρική μελέτη της συμπεριφοράς και του τρόπου ζωής τους. Οι πεποιθήσεις τους διαμορφώνονται από τις παραδόσεις που κληρονομούν από την οικογένεια, τις θρησκευτικές αντιλήψεις που υιοθετούν και την παιδεία γύρω από τα θέματα υγείας.

Η εγκατάσταση και η διαβίωση σε μία καινούρια χώρα, η αποδοχή ή όχι από την κοινωνία, η υποστήριξη του ατόμου από το κράτος είναι σοβαροί λόγοι που πλάθουν την ψυχική υγεία του μετανάστη. Το κυριότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες, σύμφωνα με πολλές έρευνες, είναι η κατάθλιψη. Για να ενταχθεί λοιπόν ο μετανάστης ομαλά στην καινούργια χώρα και να αποτελέσει θετικό στοιχείο γι' αυτήν, θα πρέπει, εκτός από την ψυχική του ασθένεια, να ληφθούν υπ' όψη όλοι οι εξωτερικοί παράγοντες που τον εμποδίζουν να συμφιλιωθεί με το καινούργιο περιβάλλον.

Θα πρέπει να γίνουν οι κατάλληλες υποδομές, ώστε να ενημερώνεται ο μετανάστης για τη χώρα στην οποία μεταβαίνει, τις συνήθειες και τον πολιτισμό μέσα στον οποίο θα ενταχθεί. Ταυτόχρονα όμως θα πρέπει να ενημερωθεί και ο επαγγελματίας υγείας για τον πολιτισμό και την κουλτούρα του ασθενή μετανάστη.

Τη μεγαλύτερη προσοχή όλων μας όμως θα πρέπει να έχουν κυρίως τα παιδιά και οι έφηβοι, που αφήνουν τα πάντα και ακολουθούν τους γονείς χωρίς να αντιλαμβάνονται το γιατί. Αν και πολλές μελέτες αναφέρουν πως το μεγαλύτερο ποσοστό των μεταναστών παιδιών και εφήβων καταφέρνουν να προσαρμοστούν ομαλά στο νέο τους περιβάλλον, δεν μπορούμε να παραβλέψουμε τα παιδιά που επηρεάζονται από τους παράγοντες επικινδυνότητας. Για να τα προστατέψουμε από αυτόν τον κίνδυνο, θα πρέπει να εστιάσουμε σε τρεις προστατευτικούς παράγοντες:

1. Οι δεξιότητες και τα χαρακτηριστικά του παιδιού
2. Τα χαρακτηριστικά της οικογένειας του και
3. Η συνεργασία γονέα-παιδιού για τα σχολικά χρόνια.

Η κατάσταση μειονοτήτων στο περιθώριο και η κοινωνική απομόνωση είναι αποτέλεσμα διακρίσεων σε βασικούς τομείς. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να είναι δύσκολη ή ακόμα και αδύνατη, τη στιγμή που η υγεία είναι δικαίωμα όλων. Παράλληλα η φτώχεια είναι βασικός παράγοντας που μπορεί να εντείνει τη διαδικασία του κοινωνικού αποκλεισμού. Βασικός κανόνας για την εξάλειψη του φαινομένου αυτού είναι η στήριξη των μειονοτήτων χωρίς διακρίσεις.

Η αξιοποίηση όλου του ανθρώπινου δυναμικού μιας κοινωνίας, με ενδυνάμωση των ατόμων μέσω της Γνώσης και της Παιδείας, είναι βασικό βήμα προς την κοινωνική ενσωμάτωση ενώ βοηθά την πρόοδο και την εξέλιξη. Την Ελλάδα, παρόλο που βίωσε ξενιτιά και ξεριζωμό, διακατέχει ένα ξενοφοβικό συναίσθημα. Το 1988 προκύπτει από έρευνα ότι οι Έλληνες μεγεθύνουν το πρόβλημα της μετανάστευσης, χρεώνοντας εύκολα ευθύνες για παράνομες δραστηριότητες ακόμα και για ασθένειες. Ο φόβος της διαφορετικότητας που διακατέχει τη «μεγάλη» κοινωνία μεταφέρεται και στην «μικρή» του σχολείου. Παρά την προσπάθεια για κοινωνική ενσωμάτωση των μεταναστών, οι ομάδες αυτές θεωρούνται *χωριστές κατηγορίες* με κίνδυνο να συμβεί το αντίθετο, δηλαδή κοινωνική απομόνωση. Για να καταλάβουμε καλύτερα το μέγεθος του κοινωνικού ρατσισμού που υπάρχει στην χώρα μας αναφέρουμε ότι μια πρόσφατη τηλεοπτική εκπομπή ζήτησε από πέντε ενήλικες βάσει ενός ξένου ονόματος να περιγράψουν τον συγκεκριμένο άνθρωπο. Οι απαντήσεις ήταν:

λαθρομετάστης, δραπέτης φυλακών καθώς και πολλοί άλλοι αρνητικοί χαρακτηρισμοί. Στο τέλος αποδείχτηκε ότι το όνομα ανήκε σε ένα εξάχρονο παιδάκι.

Στις μειονότητες, που ενδεχομένως να αντιμετωπίσουν τον κοινωνικό αποκλεισμό στον τομέα της υγείας, αυξάνεται ο κίνδυνος για μεγαλύτερο αποκλεισμό και σε άλλους τομείς. Γι' αυτό νομικά κείμενα έρχονται να διασφαλίσουν το δικαίωμα στην υγεία και να την προστατέψουν.

Η λειτουργία Υπηρεσιών και Προγραμμάτων για κοινωνική πρόνοια, ασφάλεια και περίθαλψη είναι μεταξύ των απαραίτητων προϋποθέσεων για την αξιοπρεπή και φιλόξενη διαβίωση αυτών των ομάδων στη νέα χώρα που τους υποδέχεται. Είναι τα γνωστά σε εμάς διεθνώς αναγνωρισμένα δικαιώματα. Οι επιμέρους οργανώσεις που υπάρχουν στη χώρα μας διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την φιλοσοφία, την οικονομική επιφάνεια, τις δυνατότητες, την άσκηση επιρροής και την αποτελεσματικότητα.

Αυτή η πληθώρα ενδιαφερομένων φορέων για την επίλυση των προβλημάτων μεταναστών και προσφύγων, οφείλεται στη μεταναστευτική πίεση, που έχει δεχθεί η Ελλάδα αλλά και στις νέες συνθήκες συνύπαρξης του ντόπιου πληθυσμού με τον ξενόφερτο. Ωστόσο το εκτεταμένο και πολύμορφο δίκτυο των σχετικών υπηρεσιών λειτουργεί κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα. Προσφέρει ένα ευρύ φάσμα παροχών, όπως στέγαση, σίτιση, υλική και οικονομική βοήθεια, συμβουλευτική υποστήριξη, νομική στήριξη, περίθαλψη, ιατροφαρμακευτική φροντίδα, επανένωση των οικογενειών, επαγγελματική κατάρτιση και απορρόφηση, εκπαίδευση παιδιών, εκμάθηση της ελληνικής γλώσσας, προάσπιση ανθρωπίνων και κοινωνικών δικαιωμάτων, διαπολιτισμική αγωγή. Καταγράφει επίσης χρήσιμα στατιστικά στοιχεία για τον αριθμό μειονοτήτων, την εθνικότητα, τις συνθήκες διαβίωσης και τα νοσήματα που αντιμετωπίζουν, δίνοντας τη δυνατότητα για τη μελέτη του φαινομένου αυτού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

1.1. Ορισμοί: Πρόσφυγας-Μετανάστης

Σύμφωνα με τη Σύμβαση του ΟΗΕ του 1951 για το Καθεστώς των Προσφύγων, **πρόσφυγας** είναι κάθε άνθρωπος που βρίσκεται εκτός της χώρας καταγωγής του και δεν μπορεί να επιστρέψει σ' αυτήν λόγω του βάσιμου και δικαιολογημένου φόβου δίωξης που οφείλεται στη φυλή του, τη θρησκεία του, εθνικότητα, πολιτικές πεποιθήσεις ή συμμετοχή του σε κάποια κοινωνική ομάδα. Δεν περιλαμβάνονται όσα άτομα αναγκάζονται να εκτοπιστούν εντός των ορίων της χώρας τους. Ο ορισμός αυτός συμπληρώνεται και με το Πρωτόκολλο του 1967 και κυρίως με τη Σύμβαση του Οργανισμού για την Αφρικανική Ενότητα για τους Πρόσφυγες του 1969, με την πρόσθεση ότι έχει εφαρμογή σε κάθε άτομο το οποίο, εξαιτίας εξωτερικής επιδρομής, κατοχής, ξένης κυριαρχίας ή γεγονότων που διαταράσσουν σοβαρά τη δημόσια τάξη σε ένα τμήμα ή ολόκληρη τη χώρα καταγωγής του ή ιθαγένειάς του, είναι υποχρεωμένο να εγκαταλείψει τον τόπο συνήθους διαμονής του και να αναζητήσει καταφύγιο σε ένα άλλο τόπο εκτός της χώρας καταγωγής ή ιθαγένειάς του.

Ως **μετανάστες** ορίζονται οι κάτοικοι μιας χώρας, οι οποίοι με δική τους επιλογή εγκαθίστανται μόνιμα σε μια δεύτερη χώρα. Συγκεκριμένα, με τον όρο μετανάστευση ορίζεται η γεωγραφική μετακίνηση πληθυσμού από μια χώρα σε άλλη οπότε και ονομάζεται εξωτερική ενώ αντίστοιχα η μετακίνηση εντός μιας χώρας ονομάζεται εσωτερική μετανάστευση. Προϋπόθεση είναι η αλλαγή διαμονής. Μπορεί να είναι εθελούσια ή βίαιη, ατομική, συλλογική ή μαζική εάν πρόκειται για πολύ μεγάλους αριθμούς, κυκλική, προσωρινή ή μόνιμη. Μαζί με την Θνησιμότητα και την Γονιμότητα, αποτελούν τους κύριους παράγοντες διαμόρφωσης του πληθυσμού.

Η μετακίνηση των πληθυσμών μπορεί να γίνεται για οποιοδήποτε λόγο, σπουδές, εργασία, θρησκευτική και πολιτική δίωξη στην χώρα αποστολής είτε αφορά άτομο οποιασδήποτε ηλικίας και φύλου, ομάδα ή οικογένειες, να είναι οποιασδήποτε γλώσσας, θρησκείας αλλά και μορφωτικού, κοινωνικού κι οικονομικού, επιπέδου, να έχει οποιοδήποτε προηγούμενο ιατρικό ιστορικό / παρελθόν ενώ μπορεί να αποτελεί ενδογενές στοιχείο μετακινούμενων ομάδων όπως νομάδων ή Ρόμα.

Η μετανάστευση μπορεί να επισυμβαίνει κυκλικά, εποχικά, επαναλαμβανόμενη, παροδική, να αφορά μικρές, τοπικές ή μεγαλύτερες ακόμα και υπερπόντιες διανυόμενες αποστάσεις, να αφορά μια ή πολλές γενιές, να είναι εθελουσία ή βίαιη. Όντας ετερογενής τόσο στη διαδικασία της όσο και στις αρχικές συνθήκες εκκίνησης, έχει ως αποτέλεσμα να είναι διαφορετική η επίδραση, θετική ή αρνητική, που θα έχει πάνω σε κάθε μετανάστη.³

Μετανάστευση, κοινωνική αντιξοότητα και ψυχολογική επάρκεια.

Η μετανάστευση και η διαβίωση σε μια χώρα σε καθεστώς μειονότητας είναι σύνθετες διαδικασίες, οι οποίες συνδέονται με διάφορους παράγοντες επικινδυνότητας. Οι μετανάστες έχουν να αντιμετωπίσουν τόσο τις δυσκολίες που προέρχονται από την μετακίνησή τους, όσο και άλλους σημαντικούς στρεσογόνους παράγοντες, όπως είναι οι κοινωνικές διακρίσεις, ο ρατσισμός, η οικονομική εκμετάλλευση, η εργασία χωρίς ασφάλιση και γενικά η οικονομική ανέχεια.⁴

1.2. Το φαινόμενο της μετανάστευσης στην Ελλάδα

Το φαινόμενο των μεταναστών στην Ελλάδα απασχολεί όλο και περισσότερο τα τελευταία χρόνια το δημόσιο λόγο των επίσημων φορέων του κράτους όπως επιστημόνων, πολιτικών, Μέσων Μαζικής Επικοινωνίας και διαφόρων κοινωνικών φορέων, επηρεάζοντας με διάφορους τρόπους τις αντιλήψεις και στάσεις των κοινωνικών ομάδων.

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες μια σειρά από αλλαγές συγκλόνισαν τις περισσότερες κοινωνίες του αναπτυσσόμενου και αναπτυσσόμενου κόσμου και επέφεραν δραματικές αλλαγές σε όλες τις εκφάνσεις του κοινωνικοοικονομικού και πολιτικού βίου των λαών. Η άρση του πολιτικού συντηρητισμού, η κατάρρευση των κομμουνιστικών πολιτικών συστημάτων στις χώρες του πρώην Ανατολικού Μπλοκ, ο συνειδησιακός και πρακτικός προσεταιρισμός του συστήματος και των αρχών του καπιταλισμού, η κατάρρευση της ισορροπίας του τρόμου μεταξύ Ανατολής και Δύσης με την αποχώρηση της ανατολικής δύναμης και η μερική –ακόμα εν εξελίξει- αντικατάσταση της από την Ευρωπαϊκή Ένωση είναι μερικές μόνο από τις δραματικές αλλαγές αναφερόμενες σε επίπεδο πολιτικό με πολυποικίλες και πολυεστιάκες επιδράσεις στην ιδεολογία και την ψυχοσύνθεση λαών και ατόμων.

Στα πλαίσια αυτών των αλλαγών τοποθετείται και το φαινόμενο της μετανάστευσης πληθυσμών προς χώρες που λόγω ιστορικών συγκυριών προοιωνίζονταν ένα καλύτερο μέλλον για τους πολίτες τους. Έτσι χώρες που παραδοσιακά κατείχαν στην ιστορία το ρόλο της αποστολής μεταναστών στο εξωτερικό μετατράπηκαν σε κοινωνίες υποδοχής τους και το αντίστροφο.

Στην πρώτη περίπτωση ανήκει η Ελλάδα. Μέσα στο 19^ο αιώνα αλλά και για όλα τα προηγούμενα χρόνια που τελούσε υπό τουρκική κατοχή δε σταμάτησε να στέλνει τα πιο ανθηρά της στοιχεία στο εξωτερικό, κυρίως στη γειτονική Ιταλία, στις παραδουνάβιες ηγεμονίες και στη Ρωσία. Πολύ αργότερα μέσα στον 20^ο αιώνα δύο φορές ανακινήθηκε το ελληνικό μεταναστευτικό ρεύμα προς το εξωτερικό. Την πρώτη περίπτωση στα χρόνια του Εμφύλιου και στα πρώτα χρόνια μετά από αυτόν, όταν οι δυσμενείς πολιτικές συνθήκες και οι εξίσου άθλιες οικονομικές ανάγκασαν ένα μεγάλο ποσοστό του ελληνισμού να φύγει από τον ελλαδικό κορμό και να αναζητήσει μία νέα «γη της Επαγγελίας» στον τόπο προορισμού των υπερπόντιων ταξιδιών του προς την Αμερική και την Αυστραλία. Στη δεύτερη περίπτωση ανήκουν τα χρόνια της επτάχρονης δικτατορίας, με την πλειοψηφία των Ελλήνων να μεταναστεύουν στην Γερμανία και τη Σουηδία.

Πριν επομένως η Ελλάδα βρεθεί αντιμέτωπη με τις σημερινές συνθήκες μετανάστευσης το βέβαιο είναι ότι γνώριζε και ψυχολογικά της ήταν οικείο το δράμα του μετανάστη. Η ιστορική

αυτή πραγματικότητα προεξοφλούσε ότι μέσω των θεσμών της τυπικών και άτυπων θα αποδεικνυόταν μία κοινωνία ανεκτική, φιλελεύθερη και προοδευτική κατά την αντιστροφή του ρόλου της.

Η σημερινή κοινωνική πραγματικότητα φέρει την Ελλάδα κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες έναν από τους πιο δημοφιλείς προορισμούς των μεταναστών για ποικίλους λόγους. Πρωτίστως η συμμετοχή της στην Ε.Ε., αλλά και στον Ο.Η.Ε. και η υπογραφή από μέρους της διεθνών συνθηκών σχετικά με τη διαφύλαξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της προσδίδει το χαρακτηρισμό της φιλελεύθερης χώρας και όλα αυτά συνιστούν εχέγγυα για εξασφάλιση ικανοποιητικής ποιότητας ζωής σε αυτούς που θα την επιλέξουν ως χώρα προορισμού της. Καθόλου αμελητέος δεν είναι ο παράγων γεωγραφική θέση στη διερεύνηση αυτού του θέματος. Γειτνιάζοντας άμεσα με τις χώρες των οποίων τα πολιτικά συστήματα κατέρρευσαν, όντας στο σταυροδρόμι μεταξύ ανατολής και δύσης, βορρά και νότου, είναι ο πρώτος ευρωπαϊκός και άρα 'πολιτισμένος' σταθμός που συναντά ο ερχόμενος από το νότο ή από την Άπω Ανατολή μετανάστης. Αυτό εξασφαλίζει στη χώρα μία σύνθεση μεταναστών μοναδική, πολυποικίλη, πολυεθνική που ως ένα βαθμό μπορεί να εκκινήσει ή να δικαιολογήσει τη δυσανεξία της απέναντι στους μετανάστες.⁵

1.3. Οι επιπτώσεις των κοινωνικών παραγόντων στην υγεία των μεταναστών.

Επειδή οι σύγχρονες ανθρώπινες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ανισοτήτων, οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι επίσης άνισα κατανομημένοι σε κάθε πληθυσμό. Δυστυχώς, οι επιστημονικές μελέτες που καταγράφουν την διάσταση αυτού του φαινομένου με τη βοήθεια στατιστικών στοιχείων είναι ελάχιστες στο σύνολο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η Ελλάδα δεν θα μπορούσε να αποτελεί εξαίρεση, δεδομένου ότι το φαινόμενο της μετανάστευσης έκανε σχετικά πρόσφατα την εμφάνισή του στη χώρα μας. Επίσης, δεν υπάρχουν υπηρεσίες ή φορείς οι οποίοι να ασχολούνται αποκλειστικά με την μελέτη των θεμάτων υγείας που αφορούν στους μεταναστευτικούς πληθυσμούς, όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και στα υπόλοιπα κράτη-μέλη.

Ωστόσο, γνωρίζουμε ότι η μαύρη όσο και η επίσημη εργασία έχουν ιδιαίτερες επιπτώσεις στην υγεία και την ασφάλεια των μεταναστών. Η παράμετρος αυτή θα πρέπει να συμπεριληφθεί σε οποιαδήποτε πολιτική μέριμνα και πρωτοβουλία γύρω από το θέμα του κοινωνικού αποκλεισμού και της υγείας των μετακινούμενων, εν γένει, πληθυσμών, συμπεριλαμβανομένων και των πολιτικών προσφύγων.

Πολλές μελέτες, γύρω από το θέμα της μετανάστευσης καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι αυτοί οι οποίοι αποφασίζουν τελικά να μεταναστεύσουν αντιμετωπίζουν σωματικά και ψυχικά προβλήματα υγείας σε ποσοστό αισθητά μεγαλύτερο από αυτούς που αποφασίζουν να μην ξενιτευτούν. Αυτό είναι απολύτως λογικό, αφού τα προβλήματα κοινωνικού αποκλεισμού στις χώρες προέλευσης και ιδίως η μη προσβασιμότητα σε (αξιοπρεπείς) υπηρεσίες υγείας, μπορεί να αποτελέσουν ένα από τα πολλά κίνητρα ώστε τα μέλη των κατωτέρων κοινωνικοοικονομικών τάξεων, να λάβουν την οριστική απόφαση για τη μετανάστευση.

Για τους κοινωνικά αποκλεισμένους πολίτες των γειτονικών-βαλκανικών χωρών, η Ελλάδα, αποτελεί μεταξύ άλλων, και έναν τόπο όπου είναι εφικτή η περίθαλψη και η ίαση ασθενειών και αναπηριών που στην Αλβανία, για παράδειγμα, είναι αδύνατη. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που οικογένειες ολόκληρες μετακινούνται προς την Ελλάδα με απώτερο στόχο την απόλαυση ενός υψηλότερου επιπέδου ιατροφαρμακευτικής θεραπείας.⁶

1.4. Θεμελιώδεις αξίες της Νοσηλευτικής σε θέματα υγείας.

Η νοσηλευτική σαν επιστήμη της υγείας, που ασχολείται με τον άνθρωπο, είναι επιστήμη της ζωής και έχει στερεά ηθικά και δεοντολογικά θεμέλια. Βασίζεται στις υψηλές ηθικές αξίες για τον άνθρωπο και την υγεία. Πρέπει να ασκούν το έργο τους με συνέπεια και να αντιμετωπίζουν τον άρρωστο σαν μοναδική και ανεπανάληπτη προσωπικότητα, σαν ύψιστη ηθική αξία.

Στις ανθρωπιστικές επιστήμες ο όρος «αξία» συχνά εναλλάσσεται με τους στόχους, τις θέσεις και τις πεποιθήσεις. Εντούτοις οι αξίες είναι πιο βασικές από τις θέσεις, τις οποίες και επηρεάζουν. Βρίσκονται στο πυρήνα της ζωής του ανθρώπου και των ενεργειών του, χρησιμεύουν δε σαν κριτήρια με τα οποία επιλέγονται ως επί το πλείστον οι πεποιθήσεις και οι στόχοι.

Το ερώτημα είναι αν υπάρχουν αποσαφηνισμένες προσωπικές και επαγγελματικές αξίες για τους νοσηλευτές, αν αυτές συμπίπτουν ή είναι αντιφατικές. Πολλές φορές οι προσωπικές και οι επαγγελματικές αξίες δεν είναι σύμφωνες. Οι νοσηλευτικές συνθήκες, από τις καθημερινές εμπειρίες, ως τις δραματικές καταστάσεις που απειλούν τη ζωή, απαιτούν λήψη αποφάσεων και επομένως οι αξίες αλληλοσυγκρούονται. Πεποίθηση όλων αποτελεί ότι η κοινωνία χρειάζεται αξίες για να επιζήσει και φυσικά η νοσηλευτική έχει ανάγκη αξιών, για να εκπληρώσει την αποστολή της στην κοινωνία.

Το ενδιαφέρον για τις ανθρώπινες αξίες υπήρξε πάντοτε μόνιμο, συνεπές και διαρκές σημείο στον πυρήνα τη Νοσηλευτικής. Ανατρέχοντας στα βάθη των αιώνων έχουμε μαρτυρίες ότι από την πρώτη αρχή η νοσηλευτική δημιουργήθηκε, αναπτύχθηκε και εξελίχθηκε με τις ανθρώπινες αξίες. Η δε πρόοδος της γίνεται αντιληπτή περισσότερο από την αφοσίωση του έργου της, την προσήλωση και τη συνεχή ανταπόκριση στις ανθρώπινες αξίες και απαιτήσεις.

Στη σύγχρονη νοσηλευτική ανευρίσκονται οι ακόλουθες αξίες:

- Φιλεύσπλαχνη φροντίδα και ενδιαφέρον για τον νοσηλευόμενο άνθρωπο.
- Δέος για το δώρο της ζωής.
- Σεβασμός στην αξία, αυτονομία και ατομικότητα κάθε ανθρωπίνου οντότητας.
- Σεβασμός και στην προστασία των δικαιωμάτων του αρρώστου.
- Ευθύνη για την παροχή ολοκληρωμένης, εξατομικευμένης και ανθρωπιστικής νοσηλευτικής φροντίδας.
- Αμέριστη και αδιάκριτη υπηρεσία στο άτομο.
- Συμβολή των νοσηλευτών στη βελτίωση και ανύψωση της κοινωνίας με την προαγωγή της υγιεινής διαβίωσης των ανθρώπων.

Η νοσηλευτική είναι συνυφασμένη με τις υπηρεσίες υγείας στις οποίες και ασκείται, τις ηθικές αξίες και τη δεοντολογία, δηλαδή την επιστήμη του καθήκοντος. Η ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας που προσφέρουν οι νοσηλευτές εξαρτάται όχι μόνο από την επιστημονική και τεχνική κατάρτιση, αλλά και από την ηθική του τοποθέτηση για την αξία του ανθρώπου και της ζωής, την κατάλληλη συμπεριφορά προς ασθενείς καθώς και τις αποφάσεις τους σε κρίσιμες καταστάσεις, στις οποίες αντιμετωπίζουν νοσηλευτικά διλήμματα στην πράξη.

Ηθικά διλήμματα στην πράξη είναι όσα έχουν σχέση με τις αξίες, συνήθειες και πεποιθήσεις αρρώστων ως προς τα θεραπευτικά μέσα και τρόπους διάσωσης της ζωής, εχεμύθεια προσωπικών πληροφοριών, πληροφόρηση ή μη του αρρώστου για διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας, μη ορθή θεραπεία, χειρουργικά ή άλλα νοσοκομειακά ατυχήματα, τήρηση ποιοτικών κριτηρίων στην πράξη, αποδοχή και ανάθεση ευθύνης σε αμφίβολες και ηθικής πλευράς καταστάσεις και συνθήκες, καθώς και ασφάλεια του αρρώστου.

Μια από τις θεωρίες που ηγούνται στην Βιοηθική και στην κλινική ηθική έχει ορισθεί με μια προσέγγιση τεσσάρων αρχών (Beauchamp & Childress 1994). Αυτή η προσέγγιση ορίζει τέσσερις ηθικές αρχές που προέρχονται από κοινά "πιστεύω" και τα χρησιμοποιεί για να ορίσει, συζητήσει και αναλύσει τις ηθικές ιδιομορφίες των ιδιαίτερων καταστάσεων. Οι τέσσερις αυτές αρχές περιλαμβάνουν την αυτονομία, φιλανθρωπία, μη επιβλαβή πρακτική και τη δικαιοσύνη. Άλλοι πάλι θεωρητικοί ορίζουν σαν αρχές την ειλικρίνεια, την τήρηση του απορρήτου, την αφοσίωση, και αποφυγή της δολοφονίας. Όλα αυτά έχουν δημιουργηθεί ώστε να υποχρεώνουν τους επαγγελματίες υγείας στις εξής σκέψεις : όλοι οι ασθενείς είναι ίσοι μεταξύ τους, αν και δεν έχουν ίσες ανάγκες φροντίδας, είμαι υποχρεωμένος ως Ε.Υ. να σέβομαι τους ασθενείς, να τους ωφελώ, να μην τους προκαλώ κακό, να φέρομαι σε όλους δίκαια, να είμαι ειλικρινής και να τηρώ τα ίδια υψηλά κριτήρια νοσηλείας πέρα από την προσωπική μου ταυτότητα, εθνικότητα ή θρησκεία.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ο κώδικας ηθικής της ANA (American Nursing Association) ο οποίος περιλαμβάνει:

1. Η νοσηλεύτρια/τής προσφέρει υπηρεσίες με σεβασμό για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και μοναδικότητα για τον ασθενή, ελεύθερη από σκέψεις για κοινωνικό ή οικονομικό status, προσωπικές ιδιότητες ή την φύση των προβλημάτων υγείας.
2. Η νοσηλεύτρια/τής προσέχει το δικαίωμα του πελάτη για ησυχία με το να προστατεύει με γνώση πληροφορίες με εμπιστευτική φύση.

3. Η νοσηλεύτρια/τής δρα έτσι ώστε να προστατεύει τον ασθενή και το κοινό όταν η φροντίδα υγείας και η ασφάλεια επηρεάζονται από ανίκανη, ανήθικη ή παράνομη πρακτική οποιουδήποτε προσώπου.
4. Η νοσηλεύτρια/τής αναλαμβάνει ευθύνη και είναι υπόλογος για ξεχωριστές νοσηλευτικές κρίσεις και πράξεις.
5. Η νοσηλεύτρια/τής διατηρεί την ικανότητα στην νοσηλευτική.
6. Η νοσηλεύτρια/τής εξασκεί πληροφορημένη κρίση και χρησιμοποιεί την ξεχωριστή ικανότητα και προσόντα σαν κριτήρια στην αναζήτηση συμβουλής, αποδοχής υπευθυνότητων και αναθέσεις νοσηλευτικών πράξεων σε άλλους.
7. Η νοσηλεύτρια/τής συμμετέχει σε δραστηριότητες που προσφέρουν στη συνέχεια της πορείας της ανάπτυξης της γνώσης του επαγγέλματος.
8. Η νοσηλεύτρια/τής συμμετέχει στις προσπάθειες του επαγγέλματος στην εφαρμογή και βελτίωση των standards της νοσηλευτικής.
9. Η νοσηλεύτρια/τής συμμετέχει στις προσπάθειες του επαγγέλματος να ιδρύσει και να διατηρήσει τις συνθήκες εργασίας που θα συμβάλουν σε υψηλή ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας.
10. Η νοσηλεύτρια/τής συμμετέχει στις προσπάθειες του επαγγέλματος να προστατεύσει το κοινό από την παραπληροφόρηση και την κακή εκπροσώπηση και στην διατήρηση της ακεραιότητας της νοσηλευτικής.
11. Η νοσηλεύτρια/τής συνεργάζεται με μέλη των επαγγελμάτων υγείας και άλλους πολίτες στην προαγωγή των προσπαθειών της κοινότητας και του έθνους να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες υγείας του κοινού.¹⁶

Οι νοσηλευτές οφείλουν να τηρούν τις αξίες αυτές, γιατί έτσι αντιμετωπίζουν τον κάθε ασθενή σαν μια ολοκληρωμένη προσωπικότητα, χωρίς να επηρεάζονται από τα ήθη, έθιμα, θρησκευτικές ή τις άλλες πολιτιστικές πεποιθήσεις του. Ο κάθε άνθρωπος είναι διαφορετικός και ο νοσηλευτής σέβεται αυτή τη διαφορετικότητα.

1.5. Κουλτούρα και διαπολιτισμική νοσηλευτική

Με την έννοια “κουλτούρα” εννοούμε το σύνολο των αξιών, πεποιθήσεων και παραδόσεων, οι οποίες κληροδοτούνται από γενιά σε γενιά. Περιλαμβάνει διάφορες πεποιθήσεις, συνήθειες, ομοιότητες και διαφορές, ήθη και έθιμα τα οποία τα οποία μαθαίνουν τα άτομα από την οικογένεια τους. Επιπλέον, περιλαμβάνει και όλες τις ανθρώπινες δραστηριότητες που λαμβάνουν υλικές και μη υλικές μορφές και εκφράσεις, όπως την πολιτική, την οικονομική, τη θρησκευτική, την εκπαιδευτική, την φιλοσοφική, την τεχνολογική και την περιβαλλοντική έκφραση στο πλαίσιο των οποίων ζουν και λειτουργούν.

Τα τελευταία χρόνια η χώρα μας δέχεται ένα συνεχώς αυξανόμενο αριθμό διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων, οι οποίες περιλαμβάνουν άτομα με διαφορετικό φυλετικό, εθνικό και κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο. Αυτό οφείλεται στη γεωγραφική θέση της χώρας μας, καθώς και στις δημογραφικές, οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν σ’ αυτή.

Η μετακίνηση και η σταδιακά αυξανόμενη εγκατάσταση των διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων στην χώρα μας έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη στο εσωτερικό της κοινωνικών ομάδων από διαφορετικούς πολιτισμούς με διαφορετική κουλτούρα, αξίες, πεποιθήσεις, ήθη και έθιμα, καθιστώντας την ελληνική κοινωνία μια πολυπολιτισμική κοινωνία και μεταβάλλοντας συνεχώς τις ανάγκες των πολιτών της στον τομέα της υγείας.

Ο όρος όμως κουλτούρα αποτελεί επίσης στοιχείο τόσο της υγείας όσο και της ασθένειας, καθώς ο κάθε πολιτισμός επιλέγει αξίες, κανόνες και γνώσεις που θα βοηθήσουν τους ανθρώπους να κατανοήσουν και να ερμηνεύσουν την αρρώστια, αλλά και να διαφυλάξουν και να προάγουν την υγεία. Επειδή μάλιστα, έχει παρατηρηθεί ότι τα προβλήματα υγείας των μεταναστών είναι πιο αυξημένα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, είναι περισσότερο απαραίτητη στις μέρες μας η εφαρμογή της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής, με σκοπό την παροχή ολιστικής φροντίδας στα άτομα των διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων.⁸

Αν και σαφώς δεν εξαρτώνται «τα πάντα» από την κουλτούρα, αυτή επηρεάζει σημαντικά την διαμόρφωση της συμπεριφοράς μας απέναντι σε ένα ευρύ φάσμα ερεθισμάτων και καθημερινών καταστάσεων, κάνοντας διαφορετικά άτομα να αντιδρούν πιθανόν διαφορετικά σε κοινά ερεθίσματα και αναλόγως μη-αναμενόμενα σε σχέση με το μέσο όρο. Πιο συγκεκριμένα, στο χώρο της υγείας είναι γνωστό ότι οι μετανάστες υπό-χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας και ειδικά ψυχικής υγείας. Ένας από τους λόγους θεωρείται πως είναι η αντίληψη που μπορεί να έχει κάποιος για την ασθένεια και κατά πόσο συντρέχει ανάγκη-βάση των πεποιθήσεών τους, της κουλτούρας, των βιωμάτων τους-ιατρικής φροντίδας, δηλαδή αναγνώρισης της ασθένειας ως νόσου.³

Συνεπώς, οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι σχετικά με τις διαφορετικές πολιτισμικές ανάγκες και αξίες των διαφόρων ασθενών, προκειμένου να τις κατανοούν αποτελεσματικά και να προσαρμόζουν ανάλογα τη νοσηλευτική φροντίδα με σκοπό την ικανοποίησή τους. Παράλληλα οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμβιβάζονται με τις παραδόσεις και τους κανόνες συγκεκριμένων ασθενών, ανεξάρτητα από τις προσωπικές του αξίες.

Μέσα στους σκοπούς της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη διαπολιτισμική φροντίδα υγείας είναι οι νοσηλευτές να αναπτύξουν την διαπολιτισμική ικανότητά τους, δηλαδή την ικανότητα να λειτουργούν αποτελεσματικά στο πλαίσιο μιας συγκεκριμένης κουλτούρας.

Οι βασικές αρχές που διέπουν την πολυπολιτισμική κοινωνία είναι:

1. Η ελευθερία και η ισότητα, που επιτρέπουν τη διαφορετικότητα.
2. Το πολιτισμικό δικαίωμα της έκφρασης αξιών και πεποιθήσεων.
3. Η παραγωγική διαφορετικότητα για το κοινό όφελος.
4. Η κοινωνική δικαιοσύνη, η οποία συνίσταται στην ίση μεταχείριση των διαφόρων πολιτισμικών ομάδων, καθώς και στην ίση παροχή ευκαιριών χωρίς φυλετικές, πολιτισμικές, θρησκευτικές και γλωσσικές διακρίσεις.

Επομένως είναι προφανές ότι η κουλτούρα παίζει σημαντικό ρόλο στην φροντίδα του ασθενούς στο πλαίσιο της πολυπολιτισμικής κοινωνίας, δεδομένου ότι οι ασθενείς μπορούν να έχουν πολλά οφέλη από πολιτισμικά κατάλληλες υπηρεσίες υγείας. Για τον σκοπό αυτό οι νοσηλευτές θα πρέπει να διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις προκειμένου να προσεγγίζουν αποτελεσματικά τους ασθενείς των διαφόρων πολιτισμικών ομάδων και να προσαρμόζονται στις διαφορετικές περιστάσεις και απαιτήσεις.⁸

Οι τέσσερις βασικές αρχές της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης αποτελούν ταυτόχρονα μια παιδαγωγική και ηθική στάση :

1. Σεβασμός προς κάθε άλλον άνθρωπο, ανεξάρτητα αν είναι αλλοδαπός, γυναίκα ή παιδί.
2. Η διαφορετικότητα κάθε ανθρώπου είναι ένα μήνυμα που βοηθάει στην αντιμετώπιση στερεότυπων σκέψεων και άρα την καταπολέμηση προκαταλήψεων. Ένα από τα στοιχεία της διαφορετικότητας είναι και η πολιτισμική ταυτότητα.
3. Η αλλαγή οπτικών, δηλαδή το να προσπαθεί κανείς να υιοθετήσει την οπτική που έχει ο άλλος για τον κόσμο, προκαλεί ενδιαφέρον για άλλους ανθρώπους και επιδρά ενισχυτικά στην απόκτηση ευελιξίας, στοιχείο σημαντικό στη συνύπαρξη των ανθρώπων σε όλες τις κοινωνικές εκφάνσεις και ιδιαίτερα στον εργασιακό χώρο.

4. Συνεργασία και επίλυση συγκρούσεων θεωρούνται σημαντική συνεισφορά στην εκπαίδευση για την ειρήνη και την αντιμετώπιση και επίλυση προσωπικών και πολιτισμικών συγκρούσεων.¹³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο
ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Πολιτισμός και υγεία

Ο πολιτισμός αποτελεί συστατικό στοιχείο κάθε ανθρώπινης κοινωνίας. Υπήρξαν κοινωνίες που δημιούργησαν μεγάλους πολιτισμούς, οι οποίοι με τη σειρά τους επηρέασαν αποφασιστικά τη διαμόρφωση του κοινωνικού περιβάλλοντος. Η αλληλεπίδραση μεταξύ πολιτισμού και κοινωνίας συντελείται διαμέσου όλων των παραγόντων που συναποτελούν το εκάστοτε πολιτισμικό περιβάλλον. Η πνευματική δραστηριότητα, η καλλιτεχνική δημιουργία, τα ήθη και έθιμα, καθώς και οι κυρίαρχες ιδεολογικές και φιλοσοφικές αντιλήψεις, σφραγίζουν τις ανθρώπινες κοινωνίες κατά την ιστορική τους εξέλιξη.

Οι πολιτισμικές αξίες επιδρούν αποφασιστικά όχι μόνο στη μορφή και την οργάνωση της ανθρώπινης κοινωνίας, αλλά και στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι βιώνουν, αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν σε κάθε περίπτωση τα ζητήματα της υγείας και της αρρώστιας εξαρτάται άμεσα από τον εκάστοτε πολιτισμό. Σύμφωνα μάλιστα με τους νεοδαρβινιστές, η γενετική εξέλιξη μέσω της φυσικής επιλογής αύξησε την «ικανότητα για πολιτισμό» και ο πολιτισμός ενίσχυσε στο μέγιστο τη γενετική καταλληλότητα αυτών που τον χρησιμοποίησαν.

Ο πολιτισμός καθορίζει πρώτα απ' όλα, σε σημαντικό βαθμό, τις γενικότερες αντιλήψεις για την υγεία, την αρρώστια, και συνακόλουθα το θάνατο. Αποτελεί επίσης το βασικό πλαίσιο για τον εντοπισμό των αιτίων της αρρώστιας και διαδραματίζει αποφασιστικό ρόλο στη θεωρητική και πρακτική διαμόρφωση της θεραπευτικής/ιατρικής φροντίδας. Ανάλογα με τις πολιτισμικές επιδράσεις, η ίδια αρρώστια μπορεί να θεωρείται βλάβη ή χάρισμα, τιμωρία ή επιβράβευση, αμαρτία ή ιερότητα. Χαρακτηριστικές είναι οι επιδράσεις αυτές σε πολιτισμούς όπως ήταν ο κλασικός Ελληνικός, ο Κινεζικός, και αργότερα ο Δυτικός. Ο ορθολογισμός και ο νατουραλισμός, που διαπτόσαν για πρώτη φορά την ανθρώπινη σκέψη στην αρχαία Ελλάδα, οδήγησαν στη διαμόρφωση της ιπποκράτειας ιατρικής, που ήταν βασισμένη στη φυσική ερμηνεία των φαινομένων. Η κινεζική αντίληψη για τον άνθρωπο και το σύμπαν, στηριγμένη στις αντίρροπες δυνάμεις γιν και γιανγκ που αποτελούν την αρσενική και θηλυκή αρχή της φύσης, υπήρξε η βάση για την αιτιολογία της αρρώστιας και για την ανάπτυξη της παραδοσιακής κινεζικής ιατρικής και του βελονισμού. Τέλος, ο Δυτικός πολιτισμός, στηριγμένος στην καρτεσιανή αντίληψη για το διαχωρισμό σώματος-ψυχής και στη μηχανιστική θεώρηση του ανθρώπινου σώματος, οδήγησε στην ανάπτυξη μονοπαραγοντικών θεωριών για την αιτιολογία της αρρώστιας και στη διαμόρφωση της σύγχρονης Δυτικής ιατρικής επιστήμης στα πρότυπα ενός βιολογικού "μηχανουργείου".

Επίσης, η μαγεία, η θρησκεία και η επιστήμη θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν μεγάλα πολιτισμικά ρεύματα που διαχρονικά διαπέρασαν τους πολιτισμούς, αποτυπώνοντας τα χαρακτηριστικά τους στα θέματα της υγείας, άλλοτε σε μεγαλύτερο και άλλοτε σε μικρότερο βαθμό. Η μαγική σκέψη, που κυριαρχούσε στο παρελθόν και που τη συναντάμε ακόμη σε παραδοσιακές κοινωνίες, η θρησκεία στις διάφορες εκδοχές της, η επιστήμη αργότερα, έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση και στην αντιμετώπιση των φαινομένων της υγείας και της αρρώστιας.

Απ' όλες αυτές τις πολιτισμικές επιδράσεις, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η σχέση του πολιτισμού με την παραγωγή και εμφάνιση της σωματικής και ψυχικής νοσηρότητας. Έχει διαπιστωθεί ότι ο πολιτισμός άλλοτε ευθύνεται για την πρόκληση ορισμένων νοσημάτων, ενώ άλλοτε επηρεάζει τη συμπτωματολογία και άλλοτε τον τρόπο που τα άτομα αντιμετωπίζουν τις συνέπειες της αρρώστιας και την ένταση του πόνου.

Ο Πλάτων συχνά αναφέρει ότι η αρρώστια προκαλείται από τον πολιτισμό. Όσο ο άνθρωπος ζούσε στη φύση, ήταν υγιής και δεν είχε την ανάγκη ιατρικής φροντίδας. Η μαλακότητα και η υπερβολική και εξεζητημένη διατροφή -χαρακτηριστικά του πολιτισμού της εποχής του- αποτελούσαν κατά τον Πλάτωνα τις βασικές αιτίες της νοσηρότητας. Ο Πλούταρχος και αρκετοί άλλοι ηθικολόγοι υιοθέτησαν τις απόψεις αυτές του Πλάτωνα. Αλλά και αργότερα, στη Ρώμη, τον 1ο αιώνα μ.Χ., ο εγκυκλοπαιδιστής Κέλσος υποστήριζε ότι στην εποχή του Ομήρου η υγεία των ανθρώπων ήταν γενικά καλή, εξαιτίας των υγιεινών συνηθειών, που δεν είχαν ακόμη διαφθαρεί ούτε από τη νωθρότητα, ούτε από την πολυτέλεια του πολιτισμού.¹⁸

2.2. Η κοινωνική παραγωγή των επιδημιών

Οι ανθρώπινοι πληθυσμοί σ' όλη τη διάρκεια της μακρόχρονης ιστορίας τους ήρθαν αντιμέτωποι με διάφορα λοιμώδη νοσήματα. Από τότε που ο άνθρωπος άρχισε να δημιουργεί πολυπληθείς οικισμούς κατά τη Νεολιθική περίοδο, τα νοσήματα αυτά άρχισαν να εκδηλώνονται και υπό μορφή επιδημιών ή πανδημιών

Οι επιδημίες αυξήθηκαν σε συχνότητα και σοβαρότητα όσο αυξάνονταν οι ανθρώπινοι οικισμοί, δηλαδή ο συγχρωτισμός των ανθρώπων, σε συνδυασμό με τις ανεπάρκειες της αποχέτευσης, την υποβαθμισμένη ποιότητα του πόσιμου νερού και τη συχνή έλλειψη επαρκούς τροφής. Σε πολλές δε περιπτώσεις, οι επιδημίες από τότε μέχρι σήμερα, σφράγισαν την ανθρώπινη ιστορία, όπως η ελονοσία που θέρισε τους Αθηναίους κατά τον Πελοποννησιακό Πόλεμο, η πανώλη που ερήμωσε περιοχές της Ευρώπης κατά τον Μεσαίωνα κλονίζοντας τα φεουδαρχικά καθεστώτα και τον καθολικισμό, οι ιώσεις που αποδεκάτισαν τους Ατζέκους λόγω έλλειψης ανοσίας κατά την εισβολή των Ισπανών στην Κεντρική Αμερική, η πανδημία της γρίπης το 1918 με τα 40 εκατ. νεκρούς και πρόσφατα το AIDS με τα αναρίθμητα θύματα κυρίως στις χώρες τις υποσακχάριας Αφρικής.

Τις θανατηφόρες αυτές επιδημίες, όπως και πολλές άλλες, ο άνθρωπος τις πολέμησε σθεναρά με όσα όπλα του προσέφερε σε κάθε περίπτωση η παρατήρηση, η γνώση και αργότερα η επιστήμη και η τεχνολογία. Με την απομόνωση, την απολύμανση, την ατομική υγιεινή και στη συνέχεια με τα εμβόλια και τα αντιβιοτικά, μπόρεσε να περιορίσει και σε ορισμένες περιπτώσεις να καταπολεμήσει τις απειλές αυτές, με αποτέλεσμα τη δραστική μείωση των λοιμωδών νοσημάτων τις πρώτες δεκαετίες του 20ού αιώνα τουλάχιστον στις αναπτυγμένες χώρες του κόσμου.

Όμως η δραστική αυτή μείωση των θανάτων από λοιμώδη νοσήματα που οδήγησε στον διπλασιασμό του μέσου χρόνου ζωής των κατοίκων των ανεπτυγμένων χωρών στη διάρκεια του 20ού αιώνα, δεν οφείλονταν τόσο στα επιτεύγματα της ιατρικής, όσο στη θεαματική βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και των συνθηκών ζωής των κατοίκων των βιομηχανικών χωρών. Η επαρκής διατροφή, η θέρμανση, η αποχέτευση, το καθαρό νερό, η βελτίωση των συνθηκών εργασίας και η ατομική υγιεινή, ήταν οι βασικοί παράγοντες που προστάτεψαν την ανθρώπινη υγεία από τα λοιμώδη νοσήματα.

Αντίθετα, στις χώρες του λεγόμενου τρίτου και τέταρτου κόσμου, δηλαδή στις λιγότερο πλούσιες χώρες, τα λοιμώδη νοσήματα συνεχίζουν να αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτων επιβεβαιώνοντας τη διαπίστωση ότι η φτώχεια αποτελεί τη μεγαλύτερη αιτία θνησιμότητας στον κόσμο.⁹

Άλλωστε, η αναζωπύρωση ορισμένων λοιμωδών νοσημάτων την τελευταία 20ετία, όπως η φυματίωση και οι ηπατίτιδες, σε πολλές περιοχές του κόσμου, έχουν να κάνουν με υποβαθμισμένες ή και εξαθλιωμένες συνθήκες διαβίωσης σε πολλές υπανάπτυξη χώρες, αλλά και στις ανεπτυγμένες χώρες εξαιτίας νέων εστιών φτώχειας που δημιουργούν οι τοπικοί πόλεμοι, η εργατική μετανάστευση, η ανεργία, ή η περιθωριοποίηση τμημάτων του αστικού πληθυσμού στις σύγχρονες μεγαλουπόλεις. Το ίδιο ισχύει και για τις σύγχρονες απειλές άγνωστων μέχρι πρότινος ιώσεων, όπως το AIDS, το SARS και η πρόσφατη γρίπη των πτηνών, που έχουν τις εστίες τους εκεί που συνωστίζονται φτωχοί πληθυσμοί, στην Ασία ή στην Αφρική.

Αν αναζητούμε λοιπόν μια αποτελεσματική στρατηγική προάσπισης της ανθρώπινης υγείας από τις απειλές των σύγχρονων επιδημιών, η αναζήτηση αυτή πρέπει να μας οδηγήσει πρώτα απ' όλα στην καταπολέμηση της φτώχειας και στην άσκηση μιας δίκαιης κοινωνικής πολιτικής για όλο τον πληθυσμό της γης, γιατί τα εθνικά σύνορα στην εποχή της παγκοσμιοποίησης δεν αποτελούν πλέον φραγμό μετάδοσης των λοιμωδών νοσημάτων. Στη συνέχεια έπεται η αναγκαιότητα της Δημόσιας Υγείας, με υποδομές, υπηρεσίες και πολιτικές και ακολουθεί η ιατρική και η κατανάλωση των ιατροφαρμακευτικών προϊόντων, δηλαδή εμβόλια, φάρμακα, κτλ. που ποτέ δεν θα είναι αρκετά και αρκετά φτηνά έτσι ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες όλου του πληθυσμού της γης.

Σε ότι αφορά τη Δημόσια Υγεία και την Πρόληψη, παρά την τεράστια συμβολή της στην προστασία και βελτίωση της υγείας ενός πληθυσμού, ελάχιστα έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας. Ψηφίστηκαν μεν δύο σύγχρονοι νόμοι, το 2003 και το 2005, αλλά ούτε πόροι διατίθενται ούτε υποδομές και υπηρεσίες αναπτύσσονται με το ρυθμό που επιβάλλουν οι σύγχρονες ανάγκες. Η δε αρμόδια ειδικότητα της Κοινωνικής Ιατρικής, αν και έχει θεσμοθετηθεί από το 1983, δεν έχει αρχίσει ακόμα να δίνεται, λόγω έλλειψης σχετικών πιστώσεων, την ίδια στιγμή που παράγουμε χιλιάδες γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, χωρίς σημαντικές δυνατότητες πλέον επαγγελματικής αποκατάστασης.⁹

2.3. Ασθένειες και τα προβλήματα που προκαλούν στη ζωή των μειονοτήτων.

Οι μεταδοτικές ασθένειες αποτελούν μια συνεχόμενη και αυξανόμενη απειλή για την ανθρωπότητα.

Οι κοινωνικές ομάδες που είναι φτωχότερες, οι εθνικές μειονότητες και τα παιδιά, φαίνεται βάσει ερευνών ότι είναι περισσότερο ευπαθείς στις μεταδοτικές λοιμώξεις και διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Οι διαπιστώσεις αυτές θα πρέπει να οδηγήσουν στην εφαρμογή μιας στρατηγικής δημόσιας υγείας που στόχο θα έχει την παροχή μεγαλύτερης κάλυψης και προστασίας στις ιδιαίτερα ευαίσθητες αυτές ομάδες του πληθυσμού.

Μια άλλη ιδιαίτερα ανησυχητική διαπίστωση είναι ότι ορισμένες ασθένειες που θεωρητικά είχαν τεθεί υπό έλεγχο έχουν επανέλθει δριμύτερες με ανθεκτικότητα στα αντιβιοτικά που πρωτύτερα τις είχαν εκριζώσει σε μεγάλο βαθμό. Για παράδειγμα, η φυματίωση μέχρι το 1998 παρουσίαζε μια ουσιαστική υποχώρηση. Από το 1998 και μετά παρουσιάζει μια αύξηση της τάξης του 10%. Αυτή η αρκετά σπουδαία αύξηση των κρουσμάτων έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον αλλά και την ανησυχία σε πλήθος ερευνητών, οι οποίοι καταλήγουν σε συμπέρασμα ότι η συνεχώς αυξανόμενη είσοδος μεταναστών, χωρίς να περνάνε πρώτα από υγειονομικό έλεγχο και κάτω από τις άθλιες συνθήκες διαβίωσης τους, έχει αποτέλεσμα την αύξηση των κρουσμάτων από φυματίωση.¹⁰

Αυξημένα είναι τα προβλήματα υγείας των μεταναστών, όπως λοιμώδη νοσήματα, εργατικά ατυχήματα και ψυχιατρικές διαταραχές. Ωστόσο, έρευνες δείχνουν ότι οι μετανάστες που κατοικούν στην Ελλάδα δεν χρησιμοποιούν συχνά τις υπηρεσίες Υγείας, διότι η πρόσβασή τους σε αυτές είναι δύσκολη.

Σε ότι αφορά το προφίλ τους, έρευνες δείχνουν μια στατιστικά σημαντική ανοδική τάση του ποσοστού των πασχόντων από φυματίωση. Από άλλες έρευνες προκύπτει ότι ενώ στον γενικό πληθυσμό ο επιπολασμός της ηπατίτιδας Β μειώνεται διαχρονικά ως αποτέλεσμα της εφαρμογής μέτρων πρόληψης, υπάρχουν ομάδες του πληθυσμού των μεταναστών, που παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά της νόσου. Επίσης, είναι επιρρεπείς και σε εργατικά ατυχήματα. Σύμφωνα με στοιχεία του ΙΚΑ, το 2005 αντιστοιχούσαν περίπου επτά ατυχήματα ανά 1.000 Έλληνες εργαζόμενους. Η συχνότητα των ατυχημάτων σε αλλοδαπούς εργαζόμενους είναι μεγαλύτερη. Συγκεκριμένα, καταγράφηκαν έντεκα ατυχήματα ανά 1.000 αλλοδαπούς εργαζόμενους.¹⁴

Η γνώση μας γύρω από το επίπεδο και τα προβλήματα υγείας των μεταναστών στην Ελλάδα είναι πολύ περιορισμένη καθώς οι επιδημιολογικές μελέτες σε αυτό τον πληθυσμό είναι ελάχιστες.

Οι Tatsioni κ.α.(2001) μελέτησαν βιοψίες χειρουργικού υλικού από επεμβάσεις σκωληκοειδίτιδας την περίοδο 1994-99 σε έξι νοσοκομεία στην περιφέρεια Ηπείρου, κοντά στα αλβανικά σύνορα. Βρέθηκε ότι οι Αλβανοί μετανάστες στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν υψηλό ρίσκο για αρνητική σκωληκοειδίτιδα, γεγονός που οι συγγραφείς ερμηνεύουν με βάση τις κοινωνικό-οικονομικές, πολιτισμικές και γλωσσικές παραμέτρους που υπογραμμίζουν τις ανισότητες στην υγεία, καθώς και την υψηλή κινητικότητα του πληθυσμού αυτού.

Οι Νικολοπουλος κ.α. (2005) εκτιμούν το ποσοστό και τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των φορέων του ιού HIV μεταναστών που έχουν αναφερθεί στην Ελλάδα. Άτομα προερχόμενα από χώρες εκτός Ελλάδας αντιπροσωπεύουν το 11,9% του συνόλου των περιπτώσεων HIV που έχουν αναφερθεί κατά την περίοδο 1989-2003 (Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων). Από τους 749 μετανάστες φορείς του ιού, 439 ήταν άντρες και 303 γυναίκες, ενώ για 7 άτομα δεν είχε καταγραφεί φύλο. Η κατανομή αυτή σκιαγραφεί μια διαφορετική εικόνα από αυτή που παρατηρείται στην περίπτωση των Ελλήνων επίσης και σε ότι αφορά τον τρόπο μετάδοσής, που είναι η ετεροσεξουαλική επαφή για την πλειοψηφία των μεταναστών.

Αποτελέσματα άλλων ερευνών δείχνουν μια στατιστικά σημαντική ανοδική τάση του ποσοστού των μεταναστών στο σύνολο των ασθενών με φυματίωση.

Επίσης, η περιορισμένη έρευνα γύρω από το επίπεδο υγείας των Ρομά αναδεικνύει πολύ υψηλά ποσοστά ηπατίτιδας Α και Β σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

Η Emke-Rouliopoulos (2001) αναφέρεται στις συνέπειες της διακίνησης ανθρώπων (trafficking) για σεξουαλική εκμετάλλευση όσον αφορά τόσο τη φυσική όσο και την ψυχική υγεία των θυμάτων, όπως π.χ. ψυχολογικά τραύματα, αυξημένος κίνδυνος πρώιμης εγκυμοσύνης, HIV/AIDS και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (τριχομονάδωση, χλαμύδια, γονόρροια, σύφιλη).

Άλλοι παράγοντες ρίσκου σχετίζονται με τους τύπους και τις συνθήκες εργασίας: ο ημερήσιος τύπος τα τελευταία χρόνια έχει αναφερθεί σε 'εργατικά ατυχήματα' μεταναστών. Σύμφωνα με στοιχεία της Επιθεώρησης Εργασίας του Υπουργείου Απασχόλησης, ο αριθμός των μεταναστών που πεθαίνει σε εργατικά ατυχήματα στις κατασκευές και τη μεταποίηση αυξήθηκε από 20 το 2000 σε 39 το 2001 και σε 40 το 2002, κυρίως λόγω της φύσης των εργασιών που κάνουν οι μετανάστες, τα περιορισμένα μέτρα ασφαλείας από την πλευρά των εργοδοτών και τη χαμηλή ειδίκευση των μεταναστών εργατών στις συγκεκριμένες εργασίες. Σύμφωνα με στοιχεία του ΙΚΑ για το 2005, αντιστοιχούν περίπου 7 ατυχήματα ανά 1000

εργαζόμενους (όπως αυτά καταγράφονται από τις στατιστικές του οργανισμού). Η συχνότητα των ατυχημάτων σε αλλοδαπούς εργαζόμενους (καταγωγής εκτός Ε.Ε.) είναι μεγαλύτερη καθώς καταγράφηκαν 11 ατυχήματα ανά 1000 αλλοδαπούς εργαζομένους.¹⁷

Υψηλά ποσοστά επιπολασμού των ηπατιτίδων Β και C, της HIV λοίμωξης και φυματίωσης σε άστεγους μετανάστες απέδειξε μια ακόμη έρευνα στα μέσα της δεκαετίας του '90. Πηγή προέλευσης των ασθενών αυτών ήταν ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός και οι Κοινωνικές του Υπηρεσίες και σε σύνολο 198 αλλοδαπών δέχθηκαν να εξεταστούν οι 158. Μετά τις εργαστηριακές εξετάσεις διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Το 10% ήταν φορείς του HBV
- ANTI- HCV ανιχνεύθηκαν στο 6,3%
- Συλλοίμωξη του με HBV και HCV διαπιστώθηκε στο 1,2%
- Το 1,2% ήταν φορείς του HIV.

Στα συμπεράσματα αναφέρεται ότι ο επιπολασμός των ηπατιτίδων Β και C και της HIV λοίμωξης και φυματίωσης φαίνεται πως είναι σημαντικός στην κατηγορία αυτή των συνανθρώπων μας και πρέπει να προβληματίσει τις υγειονομικές αρχές για τον καταρτισμό συγκεκριμένου προγράμματος. Ή έστω, θα συμπλήρωνε κανείς, για αλλαγή φιλοσοφίας των υπευθύνων σε σχέση με την προσβασιμότητα των ανθρώπων αυτών στις κατά τόπους υπηρεσίες υγείας.

Οι διαφορές της συχνότητας της νόσου ανάμεσα σε διαφορετικούς πληθυσμούς σε σύγκριση με τον ελληνικό είναι τεράστιες και οφείλονται εν μέρει στις άθλιες συνθήκες κάτω από τις οποίες διαβιών χιλιάδες μετανάστες και κυρίως πολιτικοί πρόσφυγες. Σε ομάδα μεταναστών από την Ασία το ποσοστό των φορέων της ηπατίτιδας C φτάνει στο 23%,όταν το αντίστοιχο στον ελληνικό πληθυσμό είναι 1-1,5%. Σε άλλη ομάδα μεταναστών το ποσοστό της ηπατίτιδας Β φτάνει το 14,6% όταν αντίστοιχο στον ελληνικό πληθυσμό δεν ξεπερνά το 2%.

Τέλος σε ανάλογα συμπεράσματα καταλήγει και μια εξίσου πρόσφατη επιστημονική έρευνα με τίτλο «Επιπολασμός των δεικτών ηπατιτίδων Β και C σε αλλοδαπούς μετανάστες των Αθηνών». Αναφέρεται συγκεκριμένα ότι η ηπατίτιδα Β φαίνεται να αποτελεί σημαντικό υγειονομικό πρόβλημα σε αλλοδαπούς μετανάστες της περιοχής των Αθηνών και ιδιαίτερα σε αυτούς οι οποίοι προέρχονται από την Αλβανία και την Ασία. Κατά συνέπεια προβάλλει επιτακτική η ανάγκη για υγειονομική παρέμβαση στις πληθυσμιακές αυτές ομάδες. Αν και η ηπατίτιδα C δεν εμφανίζει ιδιαίτερα υψηλό επιπολασμό στον πληθυσμό των μεταναστών, απαιτούνται μεγαλύτερες επιδημιολογικές μελέτες για την εξαγωγή οριστικών συμπερασμάτων.¹⁷

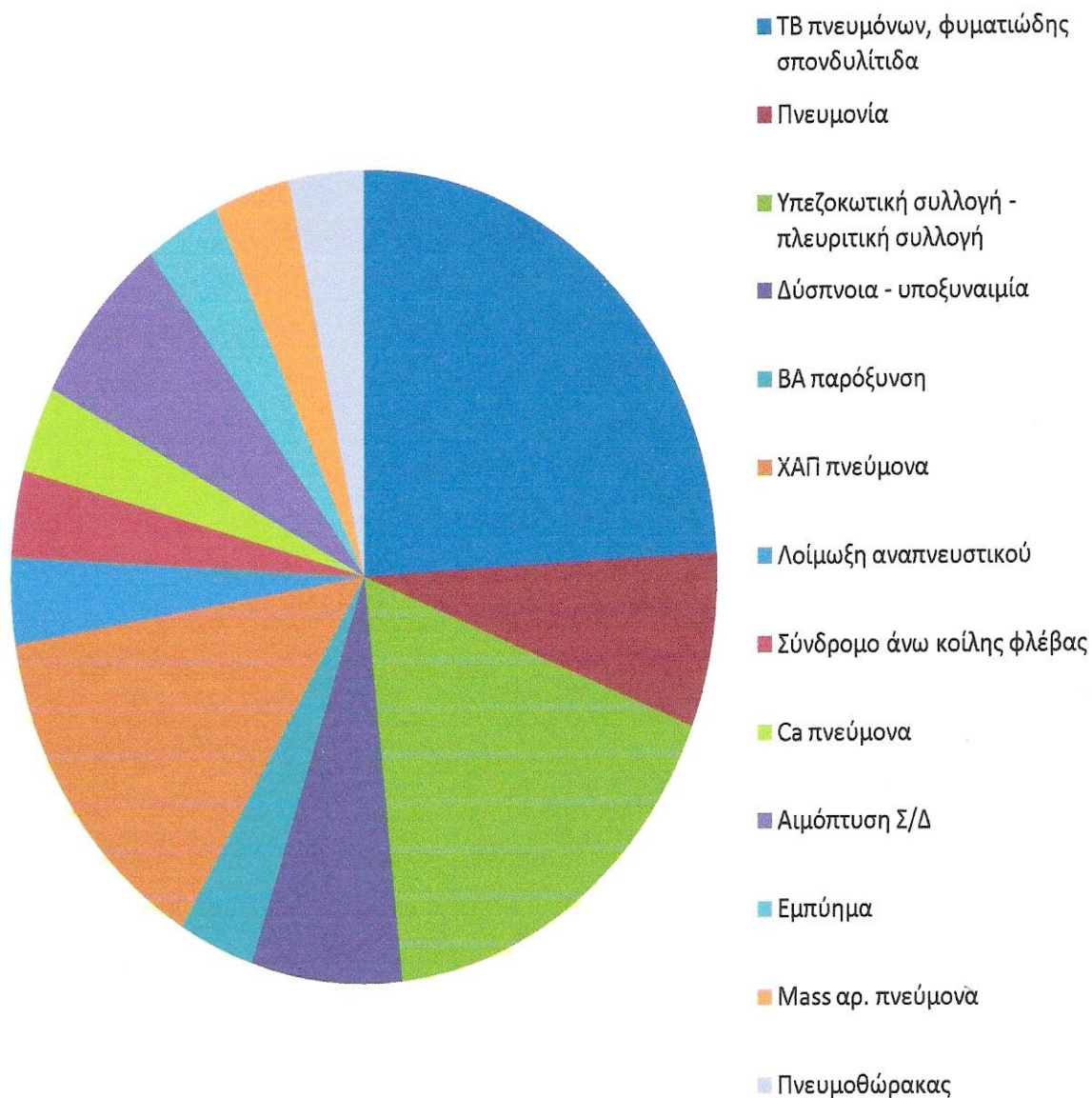
Η ίδια ανάγκη ανακύπτει, τέλος, για ένα ακόμη υπαρκτό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν σε καθημερινή βάση οι μετανάστες. Το υψηλό ποσοστό των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών που πλήττουν περισσότερο αυτή τη κατηγορία των εργαζόμενων λόγω αφενός, της υπερεντατικής και υπερωριακής τους απασχόλησης και αφετέρου, της έλλειψης εξειδίκευσης και εκπαίδευσης πάνω στις εργασίες που αναλαμβάνουν.

Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα από οξείες αναπνευστικές λοιμώξεις έχει αυξηθεί στις ηλικίες κάτω των 5 ετών, ενώ οξεία διαρροϊκά νοσήματα και επιδημίες γρίπης με εκατομμύρια κρούσματα προκαλούν χιλιάδες θανάτους ετησίως σε όλη την Ευρώπη. Η επίπτωση της φυματίωσης έχει αυξηθεί τόσο στην ανατολική Ευρώπη όσο και στη δυτική, κυρίως σε πληθυσμούς μεταναστών. Παράγοντες που ευνοούν την εξάπλωσή της είναι η ύπαρξη στελεχών ανθεκτικών στα φάρμακα, καθώς και η HIV-λοίμωξη, που εξασθενεί την άμυνα του οργανισμού.

Η ηπατίτιδα Β, η τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου ανάμεσα στα λοιμώδη νοσήματα μετά τη φυματίωση και την ελονοσία, εξακολουθεί να πλήττει το επίπεδο υγείας αλλά και την οικονομία της Ευρώπης. Το ποσοστό του πληθυσμού με χρόνια ηπατίτιδα, που μπορεί να εξελιχθεί σε χρόνια ηπατική νόσο, κίρρωση ή καρκίνο του ήπατος, κυμαίνεται από λιγότερο από 1% (δυτική Ευρώπη), 2–5% (κεντρική και νότια Ευρώπη), έως 5–10% σε Αρμενία, Αζερμπαϊτζάν, Γεωργία και σε περιοχές της Ρωσίας και των ασιατικών δημοκρατιών.¹⁷

Σε ό,τι δε αφορά τα προβλήματα των μεταναστών στην πόλη μας, την Θεσσαλονίκη, παραθέτουμε κάποια πρόσφατα στοιχεία από το νοσοκομείο Παπανικολάου.

2008



Αλλοδαποί που νοσηλεύτηκαν στην Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική κλινική του Γ. Παπανικολάου το έτος 2008.

Το σύνολο των ασθενών ήταν 1235, εκ των οποίων οι 29 είναι αλλοδαποί.

2.4.Μετανάστευση και υγειονομική κάλυψη.

2.4.1. Μετανάστες με έγγραφα

Το ζήτημα της υγείας των μεταναστών εισήλθε στην πολιτική ατζέντα μετά το 2000. Ο προηγούμενος μεταναστευτικός νόμος (ν. 2910/2001) χορήγησε επίσημα ίσα δικαιώματα όσον αφορά στην εθνική ασφάλιση και κοινωνική προστασία των ξένων πολιτών που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα, όπως ισχύει και για τους Έλληνες πολίτες. Ωστόσο, μόλις το 2002 η κυβέρνηση εισήγαγε για πρώτη φορά ένα πακέτο μέτρων με σκοπό συγκεκριμένα την ένταξη των μεταναστών: το «Σχέδιο Δράσης για την Κοινωνική Ένταξη των Μεταναστών 2002-2005» περιλαμβάνει ρυθμίσεις που αφορούν την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των μεταναστών.

Η τυπική πρόσβαση στις δωρεάν υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) υπήρξε συνάρτηση της επίσημης απασχόλησης και του νόμιμου καθεστώτος, κανένα από τα οποία δεν ίσχυε για την πλειοψηφία των μεταναστών στην Ελλάδα στη διάρκεια της δεκαετίας του 1990. Τον Ιούλιο του 2000, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας δημοσίευσε μια Εγκύκλιο σχετικά με την «ιατρική περίθαλψη και νοσηλεία» για υπηκόους χωρών εκτός της ΕΕ. Σύμφωνα με αυτήν και ο νόμιμος μετανάστης μπορεί να έχει πρόσβαση στο ΕΣΥ εφόσον κατέχει βιβλιάριο υγείας εκδιδόμενο από το ασφαλιστικό ταμείο στο οποίο είναι εγγεγραμμένος.

Οι μετανάστες ελληνικής καταγωγής (ομογενείς), από την άλλη, μπορούν επίσης να επωφεληθούν από τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας εάν είναι ικανοί να προσκομίσουν τα απαραίτητα έγγραφα, συμπεριλαμβανομένου, για τους ανασφάλιστους που παίρνουν επίδομα πρόνοιας, του σχετικού βιβλιαρίου υγείας. Σε κάθε περίπτωση, το μέλος του νοικοκυριού που είναι ασφαλισμένο ή παίρνει επίδομα πρόνοιας, καλύπτει και τα υπόλοιπα (εξαρτημένα) μέλη της οικογένειας.¹⁷

2.4.2. Μετανάστες χωρίς έγγραφα

Τα δικαιώματα των μεταναστών χωρίς έγγραφα είναι πολύ περιορισμένα στην Ελλάδα συγκριτικά με πολλές χώρες της ΕΕ. Μπορούν να έχουν πρόσβαση μόνο στα επείγοντα περιστατικά των νοσοκομείων για την αντιμετώπιση καταστάσεων που απειλούν τη ζωή τους. Μοναδική εξαίρεση αποτελούν οι ξένοι ασθενείς με HIV ή άλλες μεταδοτικές ασθένειες, οι οποίοι μπορούν να επωφεληθούν της δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και νοσηλείας, εφόσον όμως η κατάλληλη θεραπεία δεν εφαρμόζεται στη χώρα προέλευσής τους. Έχουν επίσης δικαίωμα σε προσωρινή άδεια παραμονής και εργασίας (ν. 2955/2001).¹⁷

Όπως επισήμανε ο γιατρός Θεόδ. Διονυσόπουλος, «οι ανάγκες διαγνωστικού ελέγχου των μεταναστών είναι μεγάλες και κυμαίνονται στα ίδια ποσοστά με τους κοινωνικά αποκλεισμένους Έλληνες (Αθήγγανοι) λόγω των συνθηκών διαβίωσης. Επειδή η προσέγγιση στα νοσοκομεία γίνεται όλο και πιο δύσκολη, οι εξαθλιωμένοι φτωχοί και μετανάστες βρίσκονται στον ίδιο παρονομαστή όπως πριν από 50 χρόνια. Παράλληλα με τις νέες αναζωπυρώνονται ασθένειες που τυράνησαν στο παρελθόν την ανθρωπότητα».

Ωστόσο διαπιστώνεται πως οι μετανάστες που ζουν νόμιμα στη χώρα μας επισκέπτονται τα νοσοκομεία σε μεγαλύτερο ποσοστό απ' ό τι ο γηγενής πληθυσμός που απευθύνεται στον ιδιωτικό τομέα.¹²

2.5. Στόχοι για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των μειονοτικών πληθυσμών.

Στόχος είναι η αναγνώριση, καταγραφή των προβλημάτων υγείας των μειονοτικών πληθυσμών καθώς επίσης και ο σχεδιασμός της αγωγής υγείας στον πληθυσμό.

Απαραίτητα για τα παραπάνω είναι να κατανοηθεί η κουλτούρα, να μελετηθούν οι αντιλήψεις γύρω από την υγεία και την αρρώστια, τη σεξουαλικότητα και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα στο μειονοτικό πληθυσμό.

1. Διερεύνηση των αντιλήψεων και πεποιθήσεων γύρω από την υγεία, την αρρώστια, τα λοιμώδη νοσήματα. Ποια είναι τα κυριότερα προβλήματα υγείας που τους απασχολούν; Ποιοί οι τρόποι και οι πρακτικές (σύγχρονες και παραδοσιακές) που εφαρμόζουν για την επίλυση τους;

Οι πληροφορίες που υπάρχουν αναφέρουν ότι ο μειονοτικός πληθυσμός προτιμά να καταφεύγει στους γιατρούς που ανήκουν στο δικό τους εθνολογικό χώρο και σπάνια καταφεύγουν στην κρατική περίθαλψη.

2. Ο ρόλος της θρησκείας και της θρησκευτικότητας στην διαμόρφωση στάσης απέναντι στην αρρώστια και την υγεία.

Η θρησκεία, μέσα από διάφορες προτροπές ή αποτροπές, μπορεί να επηρεάσει την υγεία του ανθρώπου, να αυξήσει ή να μειώσει το ρίσκο μιας επερχόμενης νόσου, να προσφέρει προστασία από κάποιες άλλες νόσους.

Επειδή η θρησκεία μπορεί να επιδρά είτε θετικά είτε αρνητικά, γι' αυτό και αντιμετωπίζεται με διαφορετικούς τρόπους. Από την μία πλευρά, η θρησκεία αντιμετωπίζεται ως κάτι που δημιουργεί ενοχές και συγκρούσεις στο άτομο με τον εαυτό του ή με τους άλλους. Από την άλλη πλευρά, η θρησκεία αντιμετωπίζεται ως κάτι που προάγει έναν υγιεινό τρόπο ζωής, μειώνοντας το άγχος και το στρες και αυξάνοντας την κοινωνική επαφή και την κοινωνική υποστήριξη. Ακόμα και η δύναμη της πίστης μπορεί να είναι ωφέλιμη για την υγεία. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι περιορισμοί που επιβάλλει η θρησκεία στην διαίτα, στον τρόπο ζωής, άλλοι μπορεί να οδηγήσουν σε καλύτερη υγεία και άλλοι στην αρρώστια.

3. Διερεύνηση τρόπων ώστε να γίνει παρέμβαση για την εκπαίδευσή τους σε θέματα υγείας με την βοήθεια των πολιτισμικών αξιών που ισχύουν στην κοινωνία που μελετάμε.¹¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο
ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

3.1. Στάδια μετανάστευσης και προβλήματα ψυχικής υγείας.

Είναι κοινή παραδοχή ότι η μετανάστευση και η μετακίνηση γενικότερα πληθυσμών, επηρεάζει την ψυχική υγεία του ατόμου, γεγονός που έχει καταδειχθεί από πολλές έρευνες.

Η άγνοια της γλώσσας στη «νέα πατρίδα», η αδυναμία επικοινωνίας και ανθρώπινης επαφής, αυξάνουν την αίσθηση απομόνωσης του ανθρώπου. Οι γυναίκες και οι ηλικιωμένοι φαίνεται να είναι πιο ευάλωτοι στις επιπτώσεις της μετανάστευσης, οπότε και παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, πάνω από το 50% των μεταναστών εμφανίζει προβλήματα ψυχικής υγείας, που κυμαίνονται από τις συνέπειες των κακουχιών και του τραύματος έως χρόνιες ψυχικές νόσους.

Η μη-αποδοχή των μεταναστών από την ντόπια κοινωνία, η αποτυχημένη προσπάθεια επιπολιτισμού, προκαλεί την ματαίωση, η οποία εντείνει την προσπάθεια επιπολιτισμού και οδηγεί σε φαύλο κύκλο ματαίωσης, με αποτέλεσμα τη δημιουργία αρνητισμού, επιθετικότητας η οποία μπορεί να γίνει και αυτοκαταστροφική και οδηγεί στην κατάθλιψη.

Όσο αναφορά τα στάδια μετανάστευσης μπορούμε να διακρίνουμε τα εξής:

- 1. της προ-μετανάστευσης,**
- 2. της καθαυτό μετανάστευσης και**
- 3. της μετά-μεταναστευτικής περιόδου.³**

Το κάθε στάδιο της μετανάστευσης επιβαρύνει τον ψυχισμό του ανθρώπου. Για παράδειγμα, πριν την αναχώρηση το άτομο μπορεί να βιώσει την πείνα, την βία, την καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων του. Όταν φεύγει, βιώνει την απώλεια σε όλους τους τομείς : οικογένεια, εργασία, κοινωνική θέση, υποστηρικτικά πλαίσια, όπως και αβεβαιότητα για το μέλλον.

Όταν εγκαθίσταται πλέον στον τόπο προορισμού, βιώνει την απόρριψη, την εχθρότητα, τη βία, τη διαφορετικότητα, τον ρατσισμό και την ανεργία. Ακόμα και αν επιστρέψει στην πατρίδα του κινδυνεύει να βρει κατεστραμμένα όσα άφησε πίσω, όπως είναι η οικογένεια, το σπίτι του ή την περιουσία του.⁷

Στο στάδιο της προ-μετανάστευσης, σημαντικοί παράγοντες για τη μετέπειτα εξέλιξη του ατόμου είναι η όποια εκπαίδευση μπορεί να έχει αποκτήσει, το επίπεδο προεπιπολιτισμού, δηλαδή η επαφή με την κουλτούρα στην οποία θα κληθεί να ενταχθεί όταν μεταναστεύσει, οικονομικοί παράγοντες, πολιτισμικοί, περιβαλλοντικοί αλλά και πιθανές προϋπάρχουσες ψυχικές ασθένειες ή γενετικές καταβολές. Επίσης αν η κοινωνία αποστολής είναι κοινωνικό-κεντρική και της χώρα υποδοχής εγωκεντρική, τότε μπορεί να έχουμε εντονότερα προβλήματα μια που υπάρχει διαφορετική θεώρηση της αναμενόμενης συμπεριφοράς.³

Όταν αρχίσει η μετανάστευση τότε γίνονται πιο έντονα τα αισθήματα αποκοπής από τους συναισθηματικούς τους δεσμούς, τις συγγενικές τους σχέσεις και υφίστανται συνήθως την αρχική πολιτισμική αποστέρηση. Πρέπει να λάβουμε επίσης υπόψη αν η μετανάστευση είναι εθελουσία ή βίαιη, οπότε και πιθανότατα να υπάρχουν τραυματικές εμπειρίες κατά τη διαδικασία αλλά και να οδηγήσει σε εργασία μετέπειτα ασυμβίβαστη με το μορφωτικό επίπεδο κάποιων πιθανά μορφωμένων ατόμων άρα και να μειωθεί η αυτοεκτίμησή των ενώ πολύ δύσκολα θα βρεθεί δουλειά για κάποιον ανειδίκευτο. Αν η απόσταση επίσης που θα διανυθεί είναι καθαυτό στρεσογόνα, και αν γίνεται στα πλαίσια κάποιας ομάδας ή όχι, διατηρώντας ίσως κάποιο είδος δικτύου υποστήριξης έτσι κι αν εγκαθίστανται επίσης κοντά, διατηρώντας τον χαρακτήρα της ομάδας. Ταυτόχρονα γίνονται φανερές οι γλωσσικές υστερήσεις και το αρχικό πολιτισμικό σοκ. Έρευνες έδειξαν ότι υπάρχουν λιγότερα προβλήματα όταν η νέα γλώσσα είναι και η μητρική και περισσότερες δεξιότητες.

Πάντως θεωρείται ότι στα αρχικά στάδια της μετανάστευσης υπάρχουν λίγα προβλήματα ψυχικής υγείας και μόνο μετά από παραμονή κάποιων ετών παρουσιάζονται κάποια. Συγκεκριμένα μετά τους πρώτους 6 μήνες μετά την άφιξη πιστεύεται ότι εμφανίζονται κάποια ψυχοσωματικά συμπτώματα, μεταξύ των οποίων άγχος και κατάθλιψη αλλά και παρανοειδείς τάσεις.

Στην χώρα υποδοχής πλέον σημαντική είναι η ύπαρξη υποστηρικτικών δικτύων, τόσο ενδοκοινοτικών των μεταναστών αλλά και δημοσίων όπως ενημέρωσης, ψυχολογικής κα. Αντίστοιχα για τα παιδιά των μεταναστών είναι σημαντικό εάν η οικογένεια είναι εθνοκεντρική ή απομονωμένη οπότε και αντίστοιχος ο επιπολιτισμός στις επόμενες γενιές.

Το πρόβλημα της κατάθλιψης που θεωρείται ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα παγκοσμίως ως το 2020, αγγίζει και τους μετανάστες. Υπολογίζεται ότι η κατάθλιψη θα είναι ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα παγκοσμίως ως το 2020. Δεν είναι ξεκάθαρο τι συμβαίνει σχετικά με το στρες σε ομάδες μεταναστών αλλά φαίνεται ότι εμφανίζονται υψηλά ποσοστά σε περιπτώσεις όπως των ξένων φοιτητών που απαιτείται ακαδημαϊκή απόδοση καθώς και σε εκείνους που είχαν υψηλότερη πολιτιστική διαφορά. Η γνώση της γλώσσας, η μικρή πολιτιστική διαφορά φαίνεται ότι δρα επίσης προστατευτικά. Αντίθετα η παράνομη ή ημιπαράνομη κατάσταση των μεταναστών, αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την ψυχική τους ισορροπία μια που, υπάρχει συνέχεια αιωρούμενος ο φόβος της βίαιης επαναπροώθησης στην χώρα αποστολής ή καταγωγής, της κατάδοσής τους, της αδυναμίας να προστατευθούν έννομα χωρίς να απελαθούν αλλά και την απώλεια κοινωνικών προνομίων όπως ασφάλιση, κάποια δουλειά ή στέγη κλπ. Ενοχοποιείται όπως αναφέραμε επίσης η ματαίωση, για την πρόκληση κατάθλιψης, μέσω της αποτυχίας επιπολιτισμού και

ενσωμάτωσης και ταυτόχρονα την απουσία υποστηρικτικών δικτύων. Αντίστοιχα οικονομικά, οικογενειακά αλλά και σεξουαλικά άγχη επιβαρύνουν αντίστοιχα μια κατάσταση που δεν βρίσκει εύκολα διέξοδο εκτόνωσης αλλά και επίλυσης, άμβλυωσης. Πρέπει να λάβουμε υπόψη μας ότι δύσκολα κάποιος μετανάστης, πόσο μάλλον κάποιος λαθρομετανάστης, θα προσέλθει στις ψυχικές υπηρεσίες άρα και η πλειονότητα των περιπτώσεων θα παραμείνει αδιάγνωστη. Αναφέρεται επίσης και η απώλεια libido, ειδικά σε γυναίκες μετανάστριες, σωματικό άγχος, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, ειδικά στους άνδρες αλλά πιθανόν κατάχρηση ουσιών και αλκοολισμός. Επιπρόσθετα αναφέρονται, πονοκέφαλοι, αϋπνίες και καταθλιπτικές ιδέες αν και μπορεί να είναι και άτυπα συμπτώματα σχιζοφρένειας επίσης.³

3.2. Μηχανισμοί αντοχής και αντιμετώπισης

Για να επιτύχει στους στόχους που θέτει, ο κάθε μετανάστης πρέπει να 'ναι σε θέση να συναγωνιστεί επιτυχώς τους ντόπιους κατοίκους της χώρας υποδοχής σε όλα τα επίπεδα. Αυτό είναι ιδιαίτερα έντονο στις νεότερες γενιές μεταναστών, γεγονός που δημιουργεί όμως περισσότερο στρες, το γεγονός ότι κάποιες ομάδες δεν εμφανίζονται να προσέρχονται για εξετάσεις ή νοσηλεία σχετικά με την ψυχική τους υγεία, δεν σημαίνει ότι έχουν κατανάγκη μικρότερα ποσοστά ψυχικών νόσων. Ειδικά οι πρόσφυγες είναι γνωστό ότι υποχρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας, παρόλα τα ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν.³

Οι άνθρωποι που ανήκουν σε διαφορετικές κουλτούρες διαφοροποιούνται ως προς τον τρόπο της επικοινωνίας μεταξύ τους, τους ρόλους που αναλαμβάνουν στην οικογένεια και στην κοινωνία, ανάλογα βέβαια με την ηλικία και το φύλο, τον τρόπο που αντεπεξέρχονται στις δυσκολίες της ζωής, τον τρόπο που αλληλεπιδρούν με τα υποστηρικτικά πλαίσια, όπως είναι οι φίλοι ή η οικογένεια, τον τρόπο που εκδηλώνουν τα συμπτώματά τους, τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τα προβλήματα ψυχικής υγείας ή τον τρόπο που αντιμετωπίζουν πολλές φορές τους φορείς ψυχικής υγείας, το κίνητρο τους να ζητήσουν θεραπεία καθώς και τον τρόπο που χρησιμοποιούν τη θεραπεία και πως ανταποκρίνονται σε αυτή.⁷

Γι' αυτό και απαιτείται προμεταναστευτική προετοιμασία για να μειωθεί η πολιτιστική διαφορά αλλά και το πολιτισμικό σοκ και πιθανότατα η απογοήτευση από διάψευση προσδοκιών, χρειάζεται κοινωνική συνοχή για διατήρηση των δικτύων βοήθειας κοντά στην ψυχολογία και την πολιτιστική εγγύτητα του μετανάστη αλλά και κοινωνική υποστήριξη στην χώρα υποδοχής για καλύτερη αντιμετώπιση τόσο πρακτικών όσο πολιτιστικών προβλημάτων.

Πρακτικά προβλήματα μπορεί να είναι η άγνοια υποστηρικτικών υπηρεσιών από τους μετανάστες αλλά και η απουσία γνώσης των δικτύων παροχής αλλά και της γραφειοκρατίας που μπορεί να είναι εξαντλητική, απουσία χρηματικών πόρων και χρόνου για τη θεραπεία, καθώς και απουσία θεραπευτών που να μιλούν τόσο την γλώσσα αλλά και να έχουν γνώση των αναγκαίων κατά ομάδα πολιτισμικών διαφορών, απαραίτητων για την συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπεία ακόμα και τη διάγνωση. Ακολουθεί η δυσπιστία προς τις χρησιμοποιούμενες μεθόδους, πιθανό στίγμα αλλά αδυναμία αναγνώρισης της ίδιας της ανάγκης θεραπείας συμπτωμάτων τα οποία δεν συνάδουν με την κατά πολιτισμό έννοια της ασθένειας-νόσου.

Ως επίλυση προτείνονται από τα διεθνή δεδομένα, σχέδια παρέμβασης, με εκμάθηση των μεταναστών γονιών στις διαπολιτισμικές αλλά και διαγενεϊκές σχέσεις αλλά και στην αναγνώριση και ταυτοποίηση νόσων, σύμφωνα με τα διεθνώς παραδεκτά επιστημονικά

πρότυπα και όχι με τις συλλογικές παραδοσιακές πεποιθήσεις του κάθε ατόμου. Επίσης τονίζεται η ανάγκη δημόσιων ιατρικών υπηρεσιών προσανατολισμένων στις ανάγκες μιας πολυπολιτισμικής κοινωνίας, στελεχωμένες από ειδικούς και διερμηνείς εάν χρειάζεται, κατάλληλα εκπαιδευμένους.³

Για να οργανώσει κανείς μια θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να λάβει υπόψη του εκτός από την νόσο, το είδος της μετανάστευσης, τη φάση της μετανάστευσης, τις εμπειρίες του μετανάστη, την αποδοχή του από την κοινωνία, το υποστηρικτικό δίκτυο, την πολιτισμική του ταυτότητα, την ένταξη του καθώς και πολλά άλλα.

Το πολιτισμικό υπόβαθρο επηρεάζει πολλές όψεις της καθημερινότητας του ανθρώπου και κατ' επέκταση και της ψυχικής του υγείας. Η ευαισθητοποίηση σχετικά με την ψυχική νόσο διαφοροποιείται επίσης ανάλογα με την κουλτούρα. Κάποιοι είναι πιο δεκτικοί από άλλους στην αναζήτηση της θεραπείας. Για κάποιους πολιτισμούς, η ψυχική νόσος δεν αντιμετωπίζεται σαν ασθένεια κι αποδίδεται σε διάφορους παράγοντες, όπως είναι τα μάγια ή το θέλημα του Θεού. Η θρησκεία ειδικά είναι ένας σημαντικός παράγοντας που καθορίζει τον τρόπο που οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται την ασθένεια, ψυχική ή σωματική. Για τους ανθρώπους που πιστεύουν, η θρησκεία είναι καθορίζει την έκφρασή τους, τα κίνητρά τους, τη συμπεριφορά τους, τον όλο τρόπο της ζωής τους.

Η μετανάστευση από όποια οπτική γωνία και να την δούμε επιβαρύνει ψυχικά τον άνθρωπο, καθώς συνεπάγεται απομάκρυνση από το συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον, από το κοινωνικό- πολιτισμικό πλαίσιο ή από τις συνήθειες μιας ζωής. Εγκαινιάζει μια εξ' ολοκλήρου νέα και άγνωστη πραγματικότητα. Όταν μάλιστα έχει εξαναγκαστικό χαρακτήρα είναι πιο τραυματική από την εκούσια μετανάστευση.⁷

3.3. Η επίδραση του πολιτισμικού πλαισίου του επαγγελματία ψυχικής υγείας και του συστήματος υγείας.

Δεν είναι μόνο το πολιτισμικό πλαίσιο του ασθενή που παίζει ρόλο, αλλά και το πολιτισμικό πλαίσιο των επαγγελματιών υγείας και του συστήματος υγείας επηρεάζουν εξίσου τη διάγνωση και τη θεραπεία. Οι γιατροί, για παράδειγμα, των δυτικών κοινωνιών συχνά αδυνατούν να καταλάβουν τον τρόπο που άνθρωποι από άλλες κουλτούρες αντιμετωπίζουν την υγεία και την ασθένεια. Για παράδειγμα, τόσο η νοσηλευτική όσο και η ιατρική που βασίζονται στο Δυτικό μοντέλο προσέγγισης της υγείας, αντιμετωπίζουν την ψυχική νόσο σαν μια συγκεκριμένη πάθηση που επιδέχεται θεραπείας, εστιάζοντας κυρίως στη διαταραχή και όχι τόσο στον αντίκτυπο που έχει στην ζωή του ατόμου. Σε άλλα μέρη του κόσμου, η ψυχική νόσος αντιμετωπίζεται πιο ολιστικά, δίνεται έμφαση στις νοητικές και πνευματικές δυσκολίες που βιώνει ο ψυχικά ασθενής, στις πλευρές της νόσου που επηρεάζουν τη ζωή και την ευημερία του ανθρώπου. Γι' αυτό η διάγνωση και η θεραπεία εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την ικανότητα του ατόμου να μιλήσει τη « γλώσσα» του συγκεκριμένου ασθενή, ώστε να μπορέσει να εξηγήσει τα συμπτώματα του και να κατανοήσει τα βήματα της θεραπείας του.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η κουλτούρα παίζει πολύ σημαντικό ρόλο, καθώς καθορίζει αν θα ζητήσει κάποιος φροντίδα, τι είδους φροντίδα θα ζητήσει, ποιους τρόπους θα βρει για να τα βγάλει πέρα, την κοινωνική υποστήριξη που θα έχει και το πόσο στιγματισμένη είναι η νόσος του.

Η εργασία με ανθρώπους από άλλες κουλτούρες απαιτεί ευελιξία, κατανόηση και σεβασμό στα πιστεύω τους. Στον τομέα της ψυχικής υγείας, η εργασία αυτή περιορίζεται αυστηρά στη διάγνωση και στη θεραπεία, αλλά επεκτείνεται σε ένα εύρος δράσεων που αποσκοπούν στην προαγωγή της ψυχικής υγείας, μέσω προώθησης της εκπαίδευσης, της εργασιακής ένταξης, της παροχής ευκαιριών και για τα δύο φύλα κ.τ.λ.

Για να ευοδωθούν οι δράσεις αυτές πρέπει να εγκαθιδρυθεί μια σχέση εμπιστοσύνης με τον πληθυσμό-στόχο, κάτι που δεν είναι πάντα εύκολο, δεδομένης της ύπαρξης πολύ διαφορετικών κωδικών επικοινωνίας. Γι' αυτό οι νοσηλευτές θα πρέπει να θυμόμαστε ότι η διαπολιτισμική προσέγγιση της ψυχικής υγείας παραμένει μια διαχρονική πρόκληση σε ανθρώπινο και επιστημονικό επίπεδο. Μια πρόκληση για δράση η επιτυχία της οποίας προϋποθέτει βαθιά γνώση του «άλλου» και του «διαφορετικού» και πριν και πάνω απ' όλα, ειλικρινή σεβασμό στα ιδιαίτερα πολιτισμικά στοιχεία της ταυτότητας του.⁷

3.4. Η μετανάστευση ως παράγοντας επικινδυνότητας vs. ψυχικής ανθεκτικότητας παιδιών και εφήβων.⁴

Η μετακίνηση από μια χώρα και η εγκατάσταση σε άλλη, καθώς και η διαβίωση σε αυτήν ως μέλος κάποιας εθνικής μειονότητας, θεωρούνται ιδιαίτερα στρεσογόνες διαδικασίες τόσο για τους ενήλικες όσο και για τα παιδιά και τους εφήβους. Ο μετανάστης αφήνει πίσω του οικεία και αγαπημένα πρόσωπα, τη μουσική, τους ήχους, τις μυρωδιές, τα έθιμα και πολλά ακόμα στοιχεία της πατρίδας του, που αποτελούν γι' αυτόν σταθερά σημεία αναφοράς. Τα παιδιά και οι έφηβοι είναι υποχρεωμένοι να ακολουθήσουν τους γονείς τους και να αφήσουν πίσω ότι αγαπούν, για να εγκατασταθούν σε μια άλλη χώρα, συχνά χωρίς να καταλαβαίνουν τον λόγο. Το αποτέλεσμα είναι να βιώνουν επιπολιτιστικό στρες, το οποίο συχνά επιτείνεται από τις κοινωνίες και τις ρατσιστικές διακρίσεις τις οποίες υφίστανται ορισμένα από αυτά.

Παλαιότερες ερευνητικές μελέτες έχουν δείξει ότι το επιπολιτιστικό στρες συνδέεται με προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως αυξημένο άγχος, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθηση περιθωριοποίησης και σύγχυση ταυτότητας, ιδιαίτερα στους εφήβους ότι, αν και η μετανάστευση προκαλεί την αίσθηση της απώλειας και του πένθους που συνδέεται αναπόφευκτα με αυτήν, εμπεριέχει ταυτόχρονα και μια αισιόδοξη διάσταση, καθώς αποτελεί το πρώτο βήμα για μια καλύτερη ζωή σε ένα νέο περιβάλλον με περισσότερες ευκαιρίες.

Σημαντικός αριθμός σύγχρονων ερευνών δείχνουν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των μεταναστών και των παλιννοστούντων παιδιών και εφήβων επιδεικνύουν ψυχική ανθεκτικότητα και συνήθως καταφέρνουν να ξεπερνούν με επιτυχία τις αρχικές δυσκολίες και να προσαρμοστούν αποτελεσματικά στο νέο τους περιβάλλον και στις νέες συνθήκες της ζωής τους. Ορισμένοι μελετητές μάλιστα έχουν περιγράψει ένα φαινόμενο, το οποίο ονόμασαν «το παράδοξο της μετανάστευσης», σύμφωνα με το οποίο τα παιδιά των μεταναστών εμφανίζουν καλύτερη προσαρμογή από τους γηγενείς συνομηλίκους τους.

Ο ορισμός της ψυχικής ανθεκτικότητας εμπεριέχει δύο βασικές διαστάσεις. Η πρώτη αναφέρεται στην αντιξοότητα κάτω από την οποία ζει το παιδί, ενώ η δεύτερη αναφέρεται στο γεγονός ότι είναι καλά προσαρμοσμένο και ψυχολογικά επαρκές παρά τις αντίξοες, στρεσογόνες συνθήκες που αντιμετωπίζει.

Η ψυχική ανθεκτικότητα αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί με επάρκεια, παρά το γεγονός ότι ζει κάτω από αντίξοες ή στρεσογόνες συνθήκες. Σύμφωνα με τους Masten και Coatworth, προκειμένου να χαρακτηριστεί ένα παιδί ή ένας έφηβος ως ψυχικά ανθεκτικός, πρέπει να πληρούνται δύο βασικές προϋποθέσεις: Πρώτον, πρέπει να ζει κάτω από αντίξοες, στρεσογόνες συνθήκες, οι οποίες θέτουν σε κίνδυνο την ψυχική υγεία ή και την ψυχολογική επάρκεια των περισσότερων ατόμων και, δεύτερον, πρέπει να είναι καλά προσαρμοσμένος

και ψυχολογικά επαρκής, παρά το γεγονός ότι ζει κάτω από αυτές τις συνθήκες. Οι αντίξοες, στρεσογόνες συνθήκες που θέτουν σε κίνδυνο την ομαλή εξέλιξη και την ψυχολογική επάρκεια ενός παιδιού ονομάζονται *παράγοντες επικινδυνότητας*.

3.5. Προστατευτικοί παράγοντες για την επάρκεια των μεταναστών εφήβων.⁴

Τρεις ομάδες παραγόντων θεωρείται ότι μπορούν να λειτουργήσουν προστατευτικά για την ψυχολογική επάρκεια και την ψυχική υγεία των παιδιών και των εφήβων που ζουν κάτω από αντίξοες, στρεσογόνες συνθήκες.

Μια κατηγορία προστατευτικών παραγόντων αναφέρεται σε δεξιότητες και χαρακτηριστικά του ίδιου του παιδιού.

Ένας από τους σημαντικότερους ατομικούς προστατευτικούς παράγοντες για την σχολική προσαρμογή του παιδιού και του εφήβου είναι οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας. Αυτές αναφέρονται στις πεποιθήσεις του ατόμου ότι μπορεί να συμπεριφερθεί με τρόπο ώστε να επιτύχει ένα επιθυμητό αποτέλεσμα. Η σημασία τους έγκειται στο γεγονός ότι καθορίζουν τη συμπεριφορά, τη σκέψη και το συναίσθημα του ατόμου. Έτσι, για παράδειγμα, η πεποίθηση ενός παιδιού ότι είναι ικανό να ρυθμίσει τη μάθηση του και να τα καταφέρει στα μαθήματα του σχολείου επηρεάζει τα κίνητρα και το ενδιαφέρον του για μάθηση και, τελικά, την ίδια τη σχολικά του επίδοση. Τα αποτελέσματα της μελέτης για την ψυχική ανθεκτικότητα των μεταναστών και παλιννοστούντων εφήβων έδειξαν ότι οι υψηλές προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας λειτουργούν κατ' αρχάς ευεργετικά για την ψυχοκοινωνική προσαρμογή και την ψυχική υγεία όλων των εφήβων, ανεξάρτητα από την εθνικότητα και τον βαθμό κοινωνικής αντιξοότητας της οικογένειάς τους. Οι έφηβοι με υψηλές προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας που ζουν σε συνθήκες χαμηλής αντιξοότητας έχουν καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή απ' ό,τι οι έφηβοι με χαμηλές προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας.

Σύμφωνα με τον Bandura και τους συνεργάτες του (1996), οι υψηλές προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας ωθούν το άτομο να αναζητήσει όποιες ευκαιρίες προσφέρει το περιβάλλον του και να τις εκμεταλλευτεί με τρόπο που θα του επιτρέψει να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις στρεσογόνες προκλήσεις και τελικά να προσαρμοστεί.

Μια δεύτερη κατηγορία προστατευτικών παραγόντων αναφέρεται σε χαρακτηριστικά της οικογένειας των παιδιών που ζουν κάτω από αντίξοες συνθήκες. Η επίδραση της οικογένειας, η οποία βρίσκεται πιο κοντά στο παιδί από οποιονδήποτε άλλον στο περιβάλλον του και έχει σταθερή και διαρκή σχέση μαζί του, είναι ιδιαίτερα σημαντική, ισχυρή και δύσκολα υπερνικάται από άλλες πηγές επίδρασης, είτε ατομικές είτε περιβαλλοντικές.

Ένας από τους σημαντικότερους οικογενειακούς προστατευτικούς παράγοντες για την σχολική προσαρμογή του παιδιού και του εφήβου είναι η εμπλοκή του γονέα στη μάθηση του παιδιού και η ενεργή συνεργασία του με το σχολείο για σχετικά θέματα.

Οι μελέτες σχετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα των μεταναστών εφήβων έδειξαν ότι η γονεϊκή εμπλοκή σε θέματα μάθησης είναι σημαντική για όλους τους εφήβους, ανεξάρτητα από την εθνικότητα και το βαθμό αντιξοότητας κάτω από την οποία ζει η οικογένεια τους. Η εμπλοκή του γονέα όσον αφορά τη μάθηση του παιδιού δεν είναι μονοδιάστατη έννοια. Οι γονείς που ενδιαφέρονται για την μάθηση του παιδιού τους επισκέπτονται συχνά το σχολείο για να μάθουν πως τα πάει, φροντίζουν να είναι σωστά προετοιμασμένα για τα μαθήματα σε καθημερινή βάση και, με αυτό τον τρόπο, του δείχνουν τη σημασία της μάθησης. Οι γονείς που συμμετέχουν ενεργά στη μάθηση των παιδιών τους έχουν παιδιά που τα πάνε καλύτερα στο σχολείο, συγκριτικά με τα παιδιά των οποίων οι γονείς είναι αδιάφοροι για τη μάθηση του παιδιού τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο
ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

4.1. Κοινωνικός αποκλεισμός vs. κοινωνική ενσωμάτωση.⁶

Ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελεί τα τελευταία χρόνια έναν από τους παράγοντες οι οποίοι λαμβάνονται υπόψη για τη χάραξη της κοινωνικής πολιτικής σε εθνικό και κοινοτικό επίπεδο.

Η φτώχεια και η περιθωριοποίηση πολλών ομάδων του πληθυσμού στις χώρες-μέλη, σε συνδυασμό με την μαζική και αρρυθμιστη υποδοχή μεταναστών προερχομένων από τις χώρες του λεγόμενου «τρίτου κόσμου», αλλοίωσαν σε μεγάλο βαθμό τον εύρυθμο και αρμονικό χαρακτήρα της κοινωνικής πραγματικότητας. Σε πολλές μεγάλες πόλεις, μάλιστα, παρατηρήθηκαν για πρώτη φορά και φαινόμενα "γκετοποίησης" με κύρια χαρακτηριστικά την απομόνωση και τον διαχωρισμό ολόκληρων κοινωνικών ομάδων με βάση την οικονομική κατάσταση ή την εθνική ή φυλετική καταγωγή.

Οι παράγοντες που είναι ικανοί να οδηγήσουν σε μια διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού είναι πολλοί και κατατάσσονται πλέον επίσημα, σε τέσσερις κατηγορίες. Μία από αυτές είναι η Υγεία, ένας τομέας καθοριστικός για την πρόοδο και την ενσωμάτωση όλων, αλλά κυρίως αυτών που ανήκουν στις λεγόμενες ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, όπως είναι οι μετανάστες, οι πρόσφυγες ή οι τσιγγάνοι. Τόσο η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες Υγείας όσο και η συνολική φυσική κατάσταση και η ψυχολογική υγεία είναι στοιχεία τα οποία είναι ικανά, να οδηγήσουν σε κοινωνικό αποκλεισμό.

Η φτώχεια είναι μία, μεταξύ πολλών, κατάσταση και ένας από τους τέσσερις βασικούς τομείς κοινωνικής ενσωμάτωσης, ικανή να προκαλέσει ή να εντείνει μία διαδικασία αποκλεισμού, αλλά και το αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας. Δεν ταυτίζονται, παρόλα αυτά, οι δύο έννοιες γιατί ο παράγοντας της φτώχειας δεν είναι από μόνος του αρκετός να οδηγήσει σε κοινωνικό αποκλεισμό, εφόσον είναι πιθανό κάποιοι άλλοι παράγοντες να διακόψουν αυτή την διαδικασία, όπως, για παράδειγμα, η χορήγηση επιδομάτων από το κράτος ή η οικονομική στήριξη από μέλη της οικογένειας.

Θα λέγαμε ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν είναι μία μετρίσιμη κατάσταση. Είναι μία διαδικασία και ταυτόχρονα το αποτέλεσμα αυτής. Αποκλείω σημαίνει παρεμποδίζω την πρόσβαση σε κάτι. Η παρεμπόδιση αυτή μπορεί να είναι θεσμικής διάστασης (από το νόμο) ή να εφαρμόζεται στην πράξη ως προϊόν κάποιων κοινωνικών πρακτικών. Η *de jure* ή η *de facto* διαδικασία αυτή μας επιτρέπει να μιλάμε για κοινωνικό αποκλεισμό μόνο στην περίπτωση που τελικά, σε δεδομένη χρονική στιγμή και κοινωνική πραγματικότητα, έχουμε τελικά την ουσιαστική κατάργηση του δικαιώματος στην απόλαυση ενός κοινωνικού ή δημόσιου αγαθού.

Αν υποθέσουμε ότι ένας μετανάστης στην Ελλάδα στερείται στην πράξη συστηματικά της δυνατότητας περίθαλψης σε δημόσια κέντρα υγείας, βιώνει μια διαδικασία αποκλεισμού όσον αφορά στη πρόσβαση στις υπηρεσίες κοινωνικών παροχών. Την ίδια στιγμή στερείται εντέλει και ένα δημόσιο αγαθό, ή καλύτερα, δεν του επιτρέπεται να ασκήσει ένα κοινωνικό δικαίωμά του. Διότι η υγεία αποτελεί δικαίωμα και είναι δημόσιο αγαθό. Η υγεία όλων των πολιτών της Ελλάδας είναι ένα κοινωνικό και αναφαίρετο δικαίωμα και τελεί υπό την φροντίδα του κράτους, το οποίο οφείλει να λαμβάνει και να υλοποιεί όλα εκείνα τα μέτρα που κρίνονται αναγκαία για την προάσπιση αυτού από τους δικαιούχους.

Η πρόσβαση των μειονοτήτων σε αγαθά και υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής προστασίας, καθώς και στέγασης, χωρίς διακρίσεις, αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη βιώσιμη ένταξή τους. Απαραίτητη όμως είναι και η εξασφάλιση εύρυθμης λειτουργίας δομών για εξειδικευμένες ευάλωτες ομάδες αλλοδαπών (π.χ. νεοαφιχθέντων αιτούντων άσυλο ασυνόδευτων ανηλίκων).

4.2. Προβληματισμοί για την προώθηση της κοινωνικής ενσωμάτωσης.

Η αντιμετώπιση καθώς και η καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού, αποτελεί προτεραιότητα όλων των σύγχρονων κοινωνιών, οι οποίες επενδύουν στους ανθρώπινους πόρους, αποβλέποντας στη μετατροπή του επιδοματικού κοινωνικού κράτους σε ένα κράτος κοινωνικής επένδυσης, επένδυσης σε ολόκληρο το ανθρώπινο δυναμικό, ημεδαπούς και αλλοδαπούς. Οι δημόσιες πολιτικές ένταξης πρέπει να αποσκοπούν στην ενδυνάμωση των ατόμων, μέσω της αρχικής αλλά και της συνεχιζόμενης κατάρτισης, εφοδιάζοντας τους με γνώσεις, δεξιότητες και εμπειρίες. Έτσι, θα προετοιμάζουν τον καθένα ώστε να μπορεί να αντιμετωπίζει κοινωνικά προβλήματα και προσωπικές προκλήσεις. Ο βαθμός της παιδείας και του τρόπου συμπεριφοράς διευκολύνουν και εξοικειώνουν τα άτομα σε θέματα επικοινωνίας, αυτοπειθαρχίας, ανάληψης ευθυνών και ομαδικού πνεύματος. Οι ανοικτές κοινωνίες, χωρίς διακρίσεις θα πρέπει να εξασφαλίζουν με τις δημόσιες πολιτικές τους την εκπαίδευση και επιμόρφωση όλων των νέων και των εφήβων, αλλά και των ενηλίκων, ανοίγοντας τους ορίζοντες, προετοιμάζοντας τους να κινηθούν σε μια κοινωνία πολυπολιτισμική. Ο σχεδιασμός λοιπόν των δημόσιων πολιτικών ένταξης που αφορούν την εκπαίδευση και τον πολιτισμό πρέπει να αποβλέπουν στην οικοδόμηση ενός ανοικτού και δυναμικού διαπολιτισμικού εκπαιδευτικού χώρου, που θα δίνει στον καθένα το αίσθημα ότι ανήκει σε ένα κοινωνικό χώρο, ότι είναι ασφαλώς ενταγμένος. Η γνώση βοηθά στην κατανόηση, στην επικοινωνία, στην ομαλή συμβίωση και στην ένταξη, ξεπερνώντας τους όποιους πολιτιστικούς φραγμούς.

Ωστόσο, παρά τα άπειρα προεδρικά διατάγματα, η Ελλάδα διατηρεί τον τίτλο της πιο ξενοφοβικής χώρας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σύμφωνα με έρευνες του 2000, καθώς οι Έλληνες θεωρούν τη χώρα τους ως μια ομοιογενή κοινωνία. Ακόμη και πριν από το ρεύμα της μετανάστευσης υπήρχε μια γενικευμένη αρνητική προδιάθεση για τους ξένους. Υπάρχει ο φόβος ότι η ποικιλότητα αποσταθεροποιεί την κοινωνία μας και οδηγεί στην απώλεια της ταυτότητας και του αισθήματος του « ανήκειν ». Και είναι πράγματι παράξενο και λυπηρό συνάμα να συμβαίνει κάτι τέτοιο ειδικά στην Ελλάδα, η οποία έχει μακρά ιστορία μετανάστευσης.

Το 1988 σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν, οι Έλληνες απάντησαν ότι δεν υπάρχουν ή υπάρχουν ελάχιστοι άνθρωποι άλλης εθνικότητας στη γειτονία τους. Στην ίδια έρευνα ωστόσο το ποσοστό των ερωτηθέντων που συνέδεσαν τους ξένους με την εγκληματικότητα και την ανεργία ήταν σημαντικά υψηλότερο.¹⁵

Ανάλογα είναι και τα συμπεράσματα έρευνας της UNICEF που πραγματοποιήθηκε τον Μάρτιο του 2001 με θέμα « Διακρίσεις- Ρατσισμός- Ξενοφοβία και ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα».

Μόνο τέσσερις στους δέκα γονείς πιστεύουν ότι τα παιδιά των αλλοδαπών στην Ελλάδα θα πρέπει να μπορούν να γράφονται σε οποιοδήποτε ελληνικό σχολείο.

Φαίνεται λοιπόν ότι η προβολή των στερεοτυπικών χαρακτηριστικών του « αλλοδαπού μετανάστη» - όπως αυτή κυριάρχησε στη χώρα μας την τελευταία δεκαετία- είναι προφανής ακόμη και στους μικρούς μαθητές από άλλες χώρες, κι αυτό γιατί η σχολική κοινότητα γίνεται αυτόματα αντιληπτή ως μια μικρή κοινωνία, στην οποία μεταφέρονται αυτούσια τα χαρακτηριστικά της μεγάλης, συμπεριλαμβανομένης και της απειλής από κάθε τι διαφορετικό. Τα παιδιά προβαίνουν σε εκείνες τις « λογικές» κατηγοριοποιήσεις που γίνονται αποδεκτές από τους ενήλικες. Με τον τρόπο αυτό μισούνται στις προκαταλήψεις των μεγάλων.

Μία ακόμα παρόμοια έρευνα της Unicef το 2001 εμφανίζει τα εξής αποτελέσματα:

- Το 71% των μαθητών εκφράζει θετική γνώμη για τους αλλοδαπούς συμμαθητές.
- Το 52,6% των μαθητών έχει κάποιο φίλο αλλοδαπό.
- Το 59,5% των μαθητών δεν το ενοχλεί η παρουσία αλλοδαπών στο σχολείο.
- Το 55,1% των μαθητών δεν το ενοχλεί η παρουσία τους στην ίδια τάξη και 7 στους 10 μαθητές θα μοιράζονταν το θρανίο με παιδιά άλλης εθνικότητας, θρησκείματος ή χρώματος. Τα κορίτσια είναι πιο ανεκτικά σε σχέση με τα αγόρια.
- Το 54% των γονέων ενοχλούνται όταν υπάρχουν αλλοδαποί στις τάξεις των παιδιών τους.
- Το 26,7% των εκπαιδευτικών θεωρεί αρνητικό γεγονός την παρουσία αλλοδαπών μαθητών στην τάξη και το 3,3% «απειλή».

Μετά από όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, δεν πρέπει να παραλείψουμε και τις διάφορες προκαταλήψεις που έχει μια μεγάλη μερίδα Ελλήνων, οι οποίοι πιστεύουν ότι πολλά από τα προβλήματα υγείας που μπορεί να αντιμετωπίζουν καθημερινά οφείλονται σε αυτούς τους ανθρώπους και είναι πράγματι λυπηρό που παρά το πέρασμα των χρόνων και τον εκσυγχρονισμό δεν μπόρεσαν πολλοί άνθρωποι να αποδεσμευτούν από τέτοιου είδους πεποιθήσεις.

Ωστόσο, αυτή είναι η μια οπτική για τους μετανάστες που διαβιούν στην Ελλάδα, γιατί υπάρχει και το « οικουμενικό πρίσμα», μέσω του οποίου βλέπει τους μετανάστες ένα μέρος της ελληνικής κοινωνίας.¹⁵

Όλες οι πρωτοβουλίες για την προώθηση της κοινωνικής ενσωμάτωσης των μελών των ομάδων αυτών, στο βαθμό ιδίως που λαμβάνουν τον χαρακτήρα επισήμων πολιτικών,

αναπαράγουν λίγο-πολύ το πρόβλημα. Όσο η συζήτηση γύρω από το ζήτημα των κοινωνικά αποκλεισμένων πολιτών αναπτύσσεται και επαναλαμβάνεται, τόσο καθιερώνεται στην συνείδηση όλων, αλλά το κυριότερο και στην δική τους συνείδηση, ότι πρόκειται για ξεχωριστές κατηγορίες, με ειδικές ανάγκες και ιδιαίτερη ανάγκη για φροντίδα.

Η καθιέρωση ομάδων-στόχων στον καθημερινό λόγο, και όχι μόνο στον επιστημονικό, επιτείνει τις διαδικασίες αποκλεισμού των μελών των ομάδων αυτών, επιβεβαιώνοντας τον εσωτερικό τους φόβο και διαλύοντας κάθε υποψία για το αντίθετο: ότι είναι όντως "στιγματισμένοι". Αρκεί να φανταστούμε σε πόσο δυσάρεστη θέση βρίσκεται ένα παιδί οικογένειας μεταναστών, όταν παρακολουθεί στην τηλεόραση μια ενημερωτική εκπομπή με θέμα την εγκληματικότητα ή την παράνομη απασχόληση των μεταναστών εργατών στην Ελλάδα και την άμεση ανάγκη λήψης των αναγκαίων μέτρων από τους αρμόδιους φορείς.

Οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν από την κατηγοριοποίηση αυτή στα πλαίσια των πολιτικών για την κοινωνική ενσωμάτωση εντείνονται ανάλογα με την δημοσιότητα και την διάδοση των πολιτικών αυτών. Ειδικότερα όσον αφορά στο ευαίσθητο θέμα της υγείας, αν τα διάφορα προγράμματα δεν βάζουν σαν στόχο την διαμόρφωση συγκεκριμένων προτάσεων και την ταχεία υλοποίησή τους, ενδέχεται να έχουν στο τέλος τα αντίθετα από τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα.⁶

4.3. Κοινωνική πολιτική και υγεία.

Πλήθος άλλων νομικών κειμένων συγκεκριμενοποιεί την προστασία αυτού του κοινωνικού δικαιώματος της υγείας όλων ανάλογα με τις ειδικές περιπτώσεις.

Ένα από αυτά είναι το προεδρικό διάταγμα 95/2000 με τίτλο "Αποστολή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας". Σε αυτό ορίζεται ο υπεύθυνος κρατικός φορέας υλοποίησης της προστασίας του κοινωνικού δικαιώματος της υγείας ενώ παράλληλα περιγράφονται αναλυτικά τα καθήκοντα του. Το αυτούσιο απόσπασμα από την παρ. 1 του 1^{ου} άρθρου του προεδρικού διατάγματος είναι:

"Αποστολή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας είναι η άσκηση κοινωνικής πολιτικής για την Υγεία και την Πρόνοια, που περιλαμβάνει:

-Την προαγωγή, την προστασία, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και του κοινωνικού συνόλου.

-Την ισότητα στην παροχή του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υπηρεσιών και αγαθών υγείας και πρόνοιας στο κοινωνικό σύνολο και ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου.

-Τη προστασία των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας."

Στην αρμοδιότητα του Υπουργείου ανήκει αφενός, η προστασία της υγείας, με την έννοια που δίνεται και στην Σύμβαση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας αφετέρου δε, η διασφάλιση του δικαιώματος στην υγεία, δηλαδή η εγγύηση της προσβασιμότητας στις αρμόδιες υπηρεσίες και μάλιστα χωρίς διακρίσεις και ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του καθενός.

Αναφέρθηκε στην αρχή ότι η κατάσταση της υγείας και η δυνατότητα άσκησης του δικαιώματος της ισότιμης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, ενδέχεται να τροφοδοτήσει μια διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού. Μια τέτοια διαδικασία, από την άλλη πλευρά, ανεξάρτητα από τους παράγοντες που την προκαλούν, είναι πιθανόν να επηρεάσει την υγεία του προσώπου που την βιώνει και να επιταχύνει ή να επιτείνει με αυτό τον τρόπο ακόμη περισσότερο τον κοινωνικό αποκλεισμό του.

Το γεγονός και μόνο, για παράδειγμα, ότι ένας μακροχρόνια άνεργος μετανάστης διαμένει κάπου κάτω από άθλιες συνθήκες υγιεινής, αρκεί ώστε να αυξηθούν σημαντικά οι πιθανότητες για να ασθενήσει. Ο αυξημένος κίνδυνος για ασθένεια, όπως επίσης και η προσβολή της υγείας του κοινωνικά αποκλεισμένου, είναι συνιστώσες του θέματος που πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη για δύο λόγους:

Πρώτον, επειδή, ο κίνδυνος της προσβολής της υγείας είναι από μόνος του στοιχείο-αφετηρία μιας διαδικασίας κοινωνικού αποκλεισμού και δεύτερον, γιατί η ασθένεια για τον

κοινωνικά αποκλεισμένο μπορεί να πυροδοτήσει μια άλλη διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού, είτε στο επίπεδο της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας με σκοπό την θεραπεία, είτε σε αυτό της προσβασιμότητας σε ένα άλλο παράγοντα κοινωνικής ενσωμάτωσης, όπως είναι η ικανότητα προς εργασία.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί και η επισήμανση του υφυπουργού Εσωτερικών κ. Αθανασίου Νάκου στο 2^ο Συνέδριο του ΙΜΠΕΠΟ που χαρακτηριστικά επισήμανε:

«Η ισότιμη κοινωνική συμβίωση ντόπιων και μεταναστών, ο σεβασμός της διαφορετικότητας και της πολυπολιτισμικότητας και η εξάλειψη των φαινομένων ξеноφοβίας, αποτελούν τους βασικούς άξονες της μεταναστευτικής πολιτικής».⁶

Η κοινή γνώμη επηρεάζεται εύκολα και θωρακίζεται ακόμη πιο εύκολα όταν πρόκειται για θέματα που "σχετίζονται" με την δημόσια υγεία και υγιεινή.

Για τους μετανάστες και τις υπόλοιπες κοινωνικές ομάδες η υγεία αποτελεί ένα πολύπλοκο και πολυσύνθετο ζήτημα, η εξέταση του οποίου δεν μπορεί να περιοριστεί σε μια έκθεση περιορισμένης έκτασης σε σύντομο χρονικό διάστημα. Έστω, όμως, και η απόπειρα συλλογής των διαθέσιμων στοιχείων για την καταγραφή της κατάστασης που επικρατεί στην Ελλάδα μας επιτρέπει να εξάγουμε τα παρακάτω συμπεράσματα:

Πρώτον, ότι πραγματικά οι πληθυσμοί αυτοί αντιμετωπίζουν έντονα προβλήματα κατά την πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Τα εμπόδια αυτά είναι σε αρκετές περιπτώσεις νομικής φύσης αλλά τις περισσότερες φορές εμφανίζονται ως συμπτώματα διάφορων κοινωνικών πρακτικών και αντιλήψεων.

Ταυτόχρονα, ο κοινωνικός αποκλεισμός τον οποίο βιώνουν έτσι κι αλλιώς τα μέλη των λεγόμενων και "μειονεκτουσών" ομάδων, έχει τελικά ανυπολόγιστες συνέπειες στην υγεία τους. Η παρατεταμένη ανεργία, οι κακές συνθήκες διαβίωσης και η φτώχεια, επηρεάζουν αρνητικά την ψυχοσωματική ευεξία των μελών των μετακινούμενων πληθυσμών και των μειονοτήτων της χώρας μας.

Ένα ακόμη αξιοσημείωτο στοιχείο είναι αναμφίβολα η έλλειψη επιστημονικής προσέγγισης και ανάλυσης του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού στο τομέα της υγείας των μεταναστών. Πρόκειται για ένα πεδίο το οποίο κατά το παρελθόν δεν έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τους αρμοδίους για την χάραξη και την υλοποίηση της κοινωνικής πολιτικής, ίσως επειδή είναι ένα δύσκολο ζήτημα.⁶

Απ' όλους τους κοινωνικούς παράγοντες που επιδρούν στην υγεία, τον πιο σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν:

α. Η κοινωνική θέση, δηλαδή η σχέση προς τα μέσα παραγωγής και ο τρόπος ένταξης στην παραγωγική διαδικασία.

- β. Οι υλικές συνθήκες ύπαρξης, έτσι όπως αυτές καθορίζονται από την κοινωνική θέση.
- γ. Οι κοινωνικές αξίες, που καθορίζουν στάσεις και συμπεριφορές ως προς την υγεία και την αρρώστια.¹

Για να προωθηθεί η κοινωνική ενσωμάτωση απαιτούνται συνάμα γενναίες πολιτικές αποφάσεις σε εθνικό και διακρατικό επίπεδο ώστε:

1. Η μειονότητα να βγει από την γκετοποίηση της.
2. Να πειστεί ότι δεν κινδυνεύει να χάσει την εθνική-πολιτιστική της ταυτότητα και να αφομοιωθεί από την επικρατούσα.
3. Να πάψουν οι μειονότητες να θεωρούνται κίνδυνος. Απεναντίας, μπορούν να αποτελέσουν έναν κρίκο σε μια προσπάθεια ειλικρινούς φιλίας με τους γειτονικούς λαούς.¹⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΕΣ

Οι διάφορες ομάδες αλλοδαπών, που αποτελούν το μεταναστευτικό ρεύμα, φθάνοντας στην χώρα μας έχουν ήδη γευθεί στις χώρες προέλευσης τους την στέρηση αγαθών και δικαιωμάτων. Οι συνέπειες της βίας στο σώμα και στις ψυχές τους, είναι ανάγλυφες, κυρίως για τους πρόσφυγες και όλοι έχουν αφήσει πίσω τους αγαπημένα πρόσωπα, που η ανάγκη ή ο διωγμός τους υποχρέωσε να εγκαταλείψουν.

Συνεπώς η λειτουργία Υπηρεσιών και Προγραμμάτων για κοινωνική πρόνοια, ασφάλεια και περίθαλψη είναι μεταξύ των απαραίτητων προϋποθέσεων για την αξιοπρεπή και φιλόξενη διαβίωση αυτών των ομάδων στην νέα χώρα, που τους υποδέχεται, πολύ περισσότερο που αυτά είναι και διεθνώς αναγνωρισμένα δικαιώματά. Οι επιμέρους οργανώσεις που υπάρχουν στη χώρα μας διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τη φιλοσοφία, την οικονομική επιφάνεια, τις δυνατότητες, την άσκηση επιρροής και την αποτελεσματικότητα.

Είναι φανερό ότι αυτή η πληθώρα ενδιαφερομένων φορέων για την επίλυση των προβλημάτων Μεταναστών και Προσφύγων, οφείλεται στην μεταναστευτική πίεση, που έχει δεχθεί η Ελλάδα – και άλλα κράτη μέλη της Ε.Ε.- αλλά και στις νέες συνθήκες συνύπαρξης του ντόπιου πληθυσμού με τον ξενόφερτο, που σε ορισμένες αστικές κοινότητες, ξεπερνά το 25% του συνολικού τους πληθυσμού. Ωστόσο το εκτεταμένο και πολύμορφο δίκτυο των σχετικών Υπηρεσιών λειτουργεί κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα. Προσφέρει ένα ευρύ φάσμα παροχών, όπως στέγαση, σίτιση, υλική και οικονομική βοήθεια, συμβουλευτική υποστήριξη, νομική στήριξη, περίθαλψη, ιατροφαρμακευτική φροντίδα, επανένωση των οικογενειών, επαγγελματική κατάρτιση και απορρόφηση, εκπαίδευση παιδιών, εκμάθηση της Ελληνικής Γλώσσας, προάσπιση Ανθρωπίνων και Κοινωνικών Δικαιωμάτων, Διαπολιτισμική αγωγή.²

5.1. Κοινωνική Υπηρεσία.¹⁷

Βασικός σκοπός της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι να διευκολύνει την ανεξαρτητοποίηση και την ένταξη του αιτούντος άσυλο/πρόσφυγα και όσων βρίσκονται υπό ανθρωπιστικό καθεστώς στη χώρα μας. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού, οι κοινωνικοί λειτουργοί παρέχουν μεταξύ άλλων τις εξής υπηρεσίες: - παρέμβαση στην κοινότητα σε φορείς και υπηρεσίες προς όφελος του πρόσφυγα (π.χ., θέματα υγείας, συνοδεία σε νοσοκομεία, συνοδεία στην Πρόνοια για τη διαδικασία εξασφάλισης επιδόματος, βοήθεια στη διαδικασία εγγραφής παιδιών σε βρεφονηπιακούς σταθμούς, σχολεία, κατασκηνώσεις κ.λπ.), - ψυχολογική υποστήριξη και παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσης, - υλική αρωγή (επιδόματα, τρόφιμα, σχολικά είδη από δωρεές, παραπομπή για σίτιση), σύμφωνα με την εκτίμηση των αναγκών εκάστης περίπτωσης.

Γραφείο Υποδοχής Νεοαφιχθέντων:

Το Τμήμα της Κοινωνικής Υπηρεσίας που ασχολείται με την υποδοχή, εξυπηρετεί πρόσφυγες κατά την άφιξή τους στην Ελλάδα και παρέχει: - εξασφάλιση στέγης και συντονισμό της μετάβασης των νεοαφιχθέντων αιτούντων άσυλο στα κέντρα υποδοχής, - πολιτισμικό προσανατολισμό και πρώτη πληροφόρηση για τις διαδικασίες στην Ελλάδα, - συμβουλευτική σε ασυνόδευτα ανήλικα και προετοιμασία τους για την παραπομπή σε ξενώνες που λειτουργούν ειδικά, σε συνεργασία με το ΕΙΝ και το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, - παρεμβάσεις υπέρ των προσφύγων και γενικά μέριμνα για τη στέγαση, - παραπομπή για σίτιση και για θέματα υγείας, - συντονισμό των αποστολών στα κέντρα υποδοχής σε περιπτώσεις μαζικών αφίξεων στο ΕΣΠ σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, και - υλοποίηση προγραμμάτων προσωρινής στέγασης σε ξενοδοχεία σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

5.2. Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (ΕΚΑΚΒ).¹⁷

Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας είναι αυτοτελές ΝΠΔΔ με έδρα την Αθήνα και υπάγεται στον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Σκοπός του είναι ο συντονισμός του δικτύου παροχής υπηρεσιών κοινωνικής στήριξης σε άτομα, οικογένειες και πληθυσμιακές ομάδες που διέρχονται έντονη συναισθηματική κρίση ή περιέρχονται σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Ειδικότερα οι υπηρεσίες που παρέχει περιλαμβάνουν:

Συμβουλευτική πληροφόρηση και ενημέρωση για θέματα πρόνοιας

Ψυχολογική υποστήριξη σε άτομα, οικογένειες και ομάδες

Προσωρινή φιλοξενία σε ξενώνες σε άτομα που βιώνουν κάποια κρίση ή περιέρχονται σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης

Συντονισμό και διαμεσολάβηση για πρόσβαση σε υπηρεσίες κοινωνικής αλληλεγγύης που προσφέρονται από άλλους φορείς, μη κερδοσκοπικές εταιρείες και μη κυβερνητικές οργανώσεις.

5.3. Κέντρο Ημέρας Βαβέλ.¹⁷

Το Κέντρο Ημέρας “Babel” είναι μονάδα ψυχικής υγείας και έχει στόχο την εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας μεταναστών οι οποίοι διαμένουν στην Αθήνα. Συγκεκριμένα, περιοχή ευθύνης του Κέντρου Ημέρας “Babel” είναι η Κυψέλη και η Άνω Κυψέλη, το Πολύγωνο, η Λαμπρινή, τα Άνω Πατήσια, η περιοχή Προμπονά, και ο Δήμος Γαλασίου. Είναι ευνόητο πως αιτήματα από κατοίκους άλλων περιοχών γίνονται δεκτά και αντιμετωπίζονται κατά περίπτωση. Προτεραιότητα του Κέντρου Ημέρας “Babel” είναι η ενεργητική προσέγγιση των μεταναστών, είτε αυτοί αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας είτε βιώνουν συνθήκες που ευνοούν την εμφάνιση-εκδήλωση αυτών των προβλημάτων.

Το Κέντρο Ημέρας «Babel» εποπτεύεται από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Δημιουργήθηκε από τη Μη Κυβερνητική Οργάνωση “Συνειρμός” και εντάσσεται στο πρόγραμμα «Ψυχαργός - Β΄ Φάση». Κατά τον πρώτο χρόνο λειτουργίας του χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση και το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία - Πρόνοια» 2000-2006.

5.4. «ΙΟΛΑΟΣ»¹⁷

Πρόκειται για ένα καινοτόμο, πιλοτικό πρόγραμμα το οποίο χρηματοδοτεί το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και υλοποιεί το ΕΣΠ. Ξεκίνησε το 2001 και σκοπό έχει, μέσω της παροχής πολύπλευρης στήριξης στους πρόσφυγες που αντιμετωπίζουν ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, να επιτύχει μεσοπρόθεσμα την ανεξάρτητη, αυτόνομη και δημιουργική διαβίωσή τους. Η Μονάδα «Ιόλαος» αποτελείται από τρεις διακριτές, αλληλοσυμπληρούμενες δομές: - το Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας και Περιθαλψής, και - τον Ξενώνα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Προσφύγων, και - το Προστατευόμενο Διαμέρισμα Ημιαυτόνομης Διαβίωσης.

Στο Κέντρο Ημέρας παρακολουθούνται ψυχιατρικά και παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη σε άτομα με ελάσσονες ψυχικές διαταραχές. Επιπλέον παρέχονται δυνατότητες για δημιουργική απασχόληση στο πλαίσιο της εργοθεραπείας, κοινωνικοποίηση, ψυχαγωγικές και πολιτιστικές δραστηριότητες, μαθήματα ελληνικών από εθελοντές, νομική συμβουλευτική ενημέρωση, επαγγελματικός προσανατολισμό και προπαρασκευαστικές ενέργειες για προώθηση στην αγορά εργασίας.

Ο Ξενώνας είναι δυναμικότητας 10 ατόμων, 24ωρης κάλυψης και διάρκειας παραμονής έως 20 μήνες. Απευθύνεται σε ενήλικους πρόσφυγες, άνδρες και γυναίκες, οι οποίοι αντιμετωπίζουν σοβαρές διαταραχές, ψυχωσικού τύπου, σε φάση ύφεσης και οι οποίοι δύνανται να αυτοεξυπηρετηθούν και να συμβιώσουν με άλλα άτομα. Φιλοδοξεί να είναι το ενδιάμεσο βήμα για την ένταξή τους στην ελληνική κοινωνία.

Στον Ξενώνα λειτουργούν και παρέχονται ενδεικτικά: - ψυχιατρική παρακολούθηση, - ατομική συμβουλευτική και παροχή ψυχολογικής στήριξης στους ίδιους και στις οικογένειές τους (όπου υπάρχουν και χρειάζεται), - εκπαίδευση σε δεξιότητες ατομικής φροντίδας (ατομική υγιεινή, καθαριότητα), καθώς και φροντίδας του χώρου διαβίωσης, - εργοθεραπεία και δημιουργική απασχόληση, - ομάδα μουσικοθεραπείας, - ομάδα κηπουρικής, - οργάνωση δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου και ψυχαγωγικών εξόδων στην κοινότητα, και - ομάδες στήριξης και ανάπτυξης ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων.

Το Προστατευόμενο Διαμέρισμα λειτουργεί από το Νοέμβριο του 2004. Στεγάζει τέσσερις πρόσφυγες με ψυχικές διαταραχές οι οποίοι, μετά από παραμονή στον Ξενώνα και βελτίωση της ψυχικής τους κατάστασης, κρίθηκε ότι μπορούσαν να προχωρήσουν σε καθεστώς ημιαυτόνομης διαβίωσης με τη στήριξη οικονόμου και κοινωνικού λειτουργού.

Για την επίτευξη των στόχων τους, και οι τρεις δομές στελεχώνονται από έμπειρο και εξειδικευμένο προσωπικό (ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές, εργοθεραπεύτρια, διερμηνείς και διοικητικό προσωπικό). Για κάθε ασθενή σχεδιάζεται και

υλοποιείται, από τη διεπιστημονική ομάδα, εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα, ανάλογα με τις ανάγκες του.

Παράλληλα, εκτός των άλλων παροχών, η Κοινωνική Υπηρεσία συνεργάζεται με φορείς, υπηρεσίες και νοσοκομεία για την κάλυψη αναγκών υγείας (διευθέτηση ραντεβού για κλινικό έλεγχο, συνοδεία κ.λπ.), καθώς και για την κάλυψη προνοιακών και συνταξιοδοτικών θεμάτων.

5.5. Γιατροί του Κόσμου.¹⁷

Οι Γιατροί του Κόσμου, είναι μία διεθνής, ιατρική, ανθρωπιστική Μη Κυβερνητική Οργάνωση η οποία παρέχει επείγουσα ιατρική βοήθεια στα θύματα φυσικών καταστροφών, πολέμων και συγκρούσεων. Οι ΓτΚ απασχολούν ιατρικό, παραϊατρικό καθώς και διοικητικό και τεχνικό προσωπικό με σκοπό να αναλάβει ανθρωπιστική δράση.

Κινητήρια αρχή της οργάνωσης είναι ότι κάθε ανθρώπινη ύπαρξη έχει δικαίωμα στην ανθρωπιστική βοήθεια, ανεξάρτητα από φυλή, θρησκεία, ιδεολογία ή πολιτική πεποίθηση.

Κατά συνέπεια, οι ΓτΚ δρουν με βάση τις αρχές της ουδετερότητας και της αμεροληψίας. Το γεγονός ότι διατηρούν την ουδετερότητά τους, δεν τους εμποδίζει από το να μιλούν ανοιχτά για την καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων όταν οι ίδιοι γίνονται αυτόπτες μάρτυρες. Όπου αυτό είναι δυνατόν, οι ΓτΚ θα εφιστήσουν τους κινδύνους από ανάλογες καταπατήσεις, είτε μέσω της σιωπηλής διπλωματίας, είτε με τη βοήθεια των ΜΜΕ.

Οι ΓτΚ είναι μια ανεξάρτητη μη κυβερνητική οργάνωση, που βασίζει την επιχειρησιακή της δράση στην ευέλικτη, μικρής κλίμακας και στοχευμένη ανθρωπιστική βοήθεια προς τους πληθυσμούς που βρίσκονται σε κίνδυνο.

Η πρώτη αποστολή των Γιατρών του Κόσμου είναι να θεραπεύσουν. Οι εθελοντές της οργάνωσης δεσμεύονται να προσφέρουν βοήθεια σε όλους τους ευάλωτους πληθυσμούς στον κόσμο αλλά και στην Ελλάδα.

Κρατούν ανοιχτό το διάλογο με την πολιτική και τους πολιτικούς με στόχο να βελτιώσουν τις συνθήκες διαβίωσης των πληθυσμών. Αγωνίζονται ενάντια σε κάθε αδικία. Σταθεροί υπερασπιστές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αντιτίθενται στο ρατσισμό, την ξενοφοβία, τον κοινωνικό αποκλεισμό και την περιθωριοποίηση κοινωνικών ομάδων.

Μακροπρόθεσμος στόχος των Γιατρών του Κόσμου είναι να κάνουν την υγεία βασικό ανθρώπινο δικαίωμα.

Η δράση τους είναι πολυδιάστατη. Μέσα από την εμπειρία τους και σε πλήρη ανεξαρτησία οι Γιατροί του Κόσμου,

1. Αποκαλύπτουν τους κινδύνους που εγκυμονούν οι κρίσεις για την υγεία και την αξιοπρέπεια των πληθυσμών ώστε να αποτρέπονται.
2. Κινητοποιούν τους συνεργάτες τους για δράσεις αλληλεγγύης και εκτός του πεδίου της υγείας.
3. Καταγγέλλουν την καταπάτηση των ανθρώπινων δικαιωμάτων και συγκεκριμένα, αντιτίθενται σε ό,τι παρεμποδίζει την πρόσβαση στην υγεία.
4. Αναπτύσσουν νέους τρόπους προσέγγισης καθώς και νέες πρακτικές στον τομέα της δημόσιας υγείας που βασίζονται στο σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.
5. Δεσμεύονται σε πλήρη διαφάνεια απέναντι στους δωρητές και τους χορηγούς τους.
6. Ενισχύουν το αποτέλεσμα της μαρτυρίας τους όταν είναι αυτόπτες μάρτυρες καταπατήσεων των ανθρώπινων δικαιωμάτων, και κυρίως, του δικαιώματος στην πρόσβαση στην υγεία.

Οι Γιατροί του Κόσμου ανταποκρινόμενοι στην αποστολή τους, επεκτείνουν διεθνώς το δίκτυο της οργάνωσης με στόχο να συμβάλλουν στην παγκοσμιοποίηση των αρχών της ανθρωπιστικής ιατρικής. Ταυτόχρονα, ενσωματώνουν μία πολυπολιτισμική κουλτούρα στον τρόπο που δρουν έτσι ώστε να έχουν καλύτερη αντίληψη της ανθρωπιστικής πραγματικότητας. Αυξάνουν και επεκτείνουν τις δυνατότητές τους για παροχή φροντίδας στους πιο ευάλωτους πληθυσμούς σε κρίσεις αλλά και όταν αυτοί αποκλείονται κοινωνικά, με το είναι κοντά τους παρέχοντας απευθείας βοήθεια τηρώντας την αρχή της εγγύτητας.

Οι Γιατροί του Κόσμου λειτουργούν προγράμματα τόσο στην Ελλάδα, στο πλευρό των προσφύγων, μεταναστών και άπορων πολιτών που δεν έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας, όσο και σε αναπτυσσόμενες χώρες του κόσμου. Συγκεκριμένα τα προγράμματα των ΓΤΚ χωρίζονται στις εξής κατηγορίες:

1. Κρίσεις: ανταποκρινόμενοι σε κρίσεις οι οποίες έχουν σοβαρές συνέπειες στην υγεία των πληθυσμών. Διακρίνουμε τέσσερις τύπους κρίσεων: κρίσεις στον τομέα της υγείας (AIDS, επιδημίες), πολιτικές κρίσεις οι οποίες επιφέρουν βία (Αφγανιστάν, Ιράκ, Παλαιστίνη κλπ.), οικονομικές κρίσεις που παρεμποδίζουν την πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη (πρόσβαση στα φάρμακα του AIDS) καθώς και περιβαλλοντικές κρίσεις (μετανάστες λόγω ακραίων περιβαλλοντικών συνθηκών κλπ.)
2. Επείγοντα: ανταποκρινόμενοι σε ανθρωπιστικά επείγουσες καταστάσεις, φυσικές καταστροφές και πολέμους/συγκρούσεις παρέχοντας ανθρωπιστική βοήθεια η οποία απαντά στις ανάγκες εκείνες που είναι ζωτικές για την επιβίωση των πληθυσμών σε κίνδυνο.

3. Προγράμματα ανοικοδόμησης και ανασυγκρότησης: βοηθώντας τους ντόπιους πληθυσμούς να αναδομήσουν και να αποκαταστήσουν το σύστημα υγείας της χώρας τους μετά από κάποια επείγουσα κρίση με την ανοικοδόμηση Κέντρων Υγείας και νοσοκομείων, την παροχή φαρμακευτικού υλικού και ιατρικού εξοπλισμού, την εκπαίδευση του ντόπιου υγειονομικού προσωπικού.
4. Μακροπρόθεσμα, αναπτυξιακά προγράμματα: τα προγράμματα αυτά έχουν στόχο να παράσχουν λύσεις μόνιμες και με διάρκεια σε βάθος χρόνου, αντιμετωπίζοντας τις μακροπρόθεσμες συνέπειες της φτώχειας και του αποκλεισμού από την ιατρική περίθαλψη. Τα προγράμματα αυτά συμπεριλαμβάνουν την υποστήριξη των τοπικών συστημάτων υγείας, την εκπαίδευση του ντόπιου υγειονομικού προσωπικού σε θέματα υγείας και υγιεινής.

5.6. PRAKSIS¹⁹

Στα Πολυϊατρεία της PRAKSIS παρέχεται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μέσω οργανωμένου γενικού ιατρείου, γυναικολογικού ιατρείου και οδοντιατρείου. Η ιατρική υπηρεσία διαθέτει όλο τον απαραίτητο ιατρικό εξοπλισμό (ηλεκτροκαρδιογράφος, υπερηχογράφος) για παροχή πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης. Υποστηρικτικά λειτουργεί φαρμακείο, παρέχοντας δωρεάν φάρμακα στους ασθενείς. Κατά το προηγούμενο έτος, περισσότεροι από 9.500 συνάνθρωποί μας από 70 χώρες προσήλθαν στην Ιατρική Υπηρεσία στα Πολυϊατρεία της PRAKSIS σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Ωστόσο, τα στοιχεία μεταξύ Αθήνας και Θεσσαλονίκης παρουσιάζουν ενδιαφέρουσες διαφοροποιήσεις ως προς τις χώρες καταγωγής των εξυπηρετούμενων, την ηλικία και κατ' επέκταση τις ασθένειες τους.

Στην Αθήνα, τα μεγαλύτερα ποσοστά των ωφελούμενων προέρχονται από την Ασία (Αφγανιστάν 31%, Μπαγκλαντές 17,5%, Ιράν 16%) ενώ στη Θεσσαλονίκη η συντριπτική πλειοψηφία προέρχεται από όμορες χώρες, χώρες της Νοτιοανατολικής Ευρώπης & της πρώην Σοβιετικής Ένωσης (Αλβανία 48%, Γεωργία 26%, Ρωσία 8%). Η διαφορετικότητα αυτή στις χώρες προέλευσης σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη ερμηνεύεται από το γεγονός ότι σε κάθε πόλη προϋπήρχαν συμπατριώτες τους.

Όπως είναι φυσικό, η χώρα προέλευσης (που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό το είδος της εργασίας) και η ηλικία έχει επίπτωση και στις ασθένειες που αντιμετωπίζουν οι εξυπηρετούμενοι των Πολυϊατρείων της PRAKSIS.

Στην Αθήνα το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (20,5%) αντιμετώπισε νοσήματα του μυοσκελετικού συστήματος. Ακολουθούν νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (14,5%),

νοσήματα του πεπτικού συστήματος (13%), ενώ υψηλά ποσοστά παρουσίαζαν επίσης τα νοσήματα του νευρικού συστήματος (8%) και τα δερματολογικά (7,5%).

Στη Θεσσαλονίκη, σε ότι αφορά στις νοσολογικές κατηγορίες, το 31% των ασθενειών αφορούσαν συμπτώματα, σημεία και ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις. Ποσοστό 13% αφορούσε σε ασθενείς με ενδοκρινικά νοσήματα. Αρκετοί ήταν οι ασθενείς που προσήλθαν στο Πολυϊατρείο της Θεσσαλονίκης για έλεγχο και εξετάσεις (10%), ενώ ίδιος αριθμός αντιμετώπισε νοσήματα του νευρικού συστήματος (10%).

Αξίζει να σημειωθεί η επιστημονική εμπειρία των εθελοντών στα Πολυϊατρεία σε συνδυασμό με τα καταγεγραμμένα στοιχεία καταδεικνύουν τον εξευρωπαϊσμό των ασθενειών των αλλοδαπών εξυπηρετούμενων. Με άλλα λόγια, οι πληθυσμοί αυτοί ερχόμενοι στην Ευρώπη, αλλάζουν συνθήκες διαβίωσης και συνήθειες (π.χ. διατροφολογικές). Συνεπώς, εμφανίζουν ασθένειες παρόμοιες με αυτές των ημεδαπών. Στην Ελλάδα δεν έχουν καταγραφεί ασθένειες που ενδημούν στις χώρες προέλευσης των πληθυσμών αυτών (όπως ελονοσία, κίτρινος πυρετός, έλκος *Buruli* κ.ά.). Καταρρίπτεται, έτσι, ο ισχυρισμός ότι οι μειονότητες φέρνουν ξεχασμένες ασθένειες στη χώρα μας.

Για την εύρυθμη λειτουργία των Πολυϊατρείων και την πολύπλευρη αντιμετώπιση αναγκών και προβλημάτων, πέρα από την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, λειτουργεί και η Κοινωνική Υπηρεσία με βασικό αντικείμενο την γενικότερη υποστήριξη των εξυπηρετούμενων και την δικτύωσή τους είτε με τα προγράμματα της PRAKSIS (π.χ. ιατρεία) είτε με την παραπομπή τους σε άλλους φορείς. Στόχος είναι η άμεση και αποτελεσματική ικανοποίηση των αιτημάτων καθώς και η ευρύτερη πληροφόρηση των αποκλεισμένων πληθυσμών για τις δυνατότητες και τα δικαιώματά τους.

Προγράμματα Δημόσιας Υγείας

Το κύριο αντικείμενο των προγραμμάτων Δημόσιας Υγείας είναι δυσδιάστατο. Από την μία πλευρά, η καταγραφή των συνθηκών διαβίωσης ανθρώπων που υποστεγάζονται μαζικά σε ακατάλληλους χώρους διαβίωσης και από την άλλη η ενημέρωσή τους πάνω σε θέματα Υγείας (Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας). Τα προγράμματα αυτά ενημέρωσης και πρόληψης απευθύνονται στον ευρύτερο πληθυσμό (μετανάστες, αιτούντες άσυλο, τσιγγάνοι, Έλληνες άποροι) σε περιπτώσεις που διαπιστώνεται ελλιπής πληροφόρηση σχετικά με μείζονα θέματα υγείας.

Ουσιαστικά πρόκειται για επιτόπιες επισκέψεις (*streetwork*) εξειδικευμένου προσωπικού της οργάνωσης (ιατροί και κοινωνικοί επιστήμονες) σε άτυπους αλλά και μόνιμους καταυλισμούς που διαβιούν ιδιαίτερα ευπαθείς κοινωνικές ομάδες. Στους αυτοσχέδιους αυτούς

καταυλισμούς συνήθως υποστεγάζονται μαζικά άνθρωποι χωρίς να πληρούνται οι υποτυπώδεις συνθήκες διαβίωσης (όπως π.χ. εγκαταλελειμμένα εργοστάσια ή κτίρια).

Στις παρεμβάσεις αυτές γίνεται ενημέρωση των ατόμων από το προσωπικό και τους εθελοντές της PRAKSIS για την επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν είτε στο χώρο διαβίωσής τους είτε μέσω παραπομπής στα προγράμματα της οργάνωσης (ιατρική και κοινωνική υπηρεσία, νομική συμβουλευτική κ.ά.).

Σε συνεργασία με τους υπεύθυνους του Προγράμματος "Παιδιά της Διπλανής Πόρτας" στο διάστημα αυτό έγιναν 6 ενημερώσεις στα παιδιά για την ατομική υγιεινή, το κάπνισμα και το αλκοόλ καθώς και τη σωστή χρήση των προφυλακτικών.

Στη Θεσσαλονίκη επίσης πραγματοποιήθηκε πρόγραμμα ελέγχου εμβολιασμού Αθίγγανων σε 18 οικογένειες. Σε καταυλισμούς αθίγγανων πραγματοποιήθηκαν 10 σεμινάρια, στα οποία συμμετείχαν 184 άτομα.

Νομική αρωγή

Ήδη από τον πρώτο χρόνο λειτουργίας των Πολυϊατρείων διαπιστώθηκε η έντονη ανάγκη των μεταναστών και των αιτούντων άσυλο/ προσφύγων για πληροφόρηση και καθοδήγηση όσον αφορά στις διαδικασίες νομιμοποίησής τους. Για την αντιμετώπιση της επιτακτικής αυτής ανάγκης, κρίθηκε απαραίτητη η δημιουργία του "Κέντρου Πληροφόρησης-Υποστήριξης Μεταναστών". Το Κέντρο λειτούργησε για πρώτη φορά το 1998 (έτος ορόσημο με την εφαρμογή του πρώτου μεταναστευτικού πλαισίου) στο Πολυϊατρείο της Αθήνας, το οποίο επεκτάθηκε τον επόμενο χρόνο και στη Θεσσαλονίκη.

Οι ωφελούμενοι μπορούν δωρεάν να:

Λάβουν πληροφόρηση, ενημέρωση και συμβουλές για νομικά ζητήματα, διαδικασίες και δικαιώματα (π.χ. διαδικασία νομιμοποίησης αλλοδαπών, έκδοση άδειας εργασίας κ.ά.) Έχουν διασύνδεση με αρμόδιους και ειδικούς φορείς (δημόσιους και ιδιωτικούς) Έχουν συνεχή και σταθερή υποστήριξη και παρακολούθηση των αιτημάτων τους από εξειδικευμένα στελέχη προκειμένου να ξεπεράσουν τον «Δαίδαλο» της γραφειοκρατίας. Τα κυριότερα αιτήματα αφορούν στην έκδοση βιβλιαρίων απορίας, έκδοση και ανανέωση της ροζ κάρτας για τους αιτούντες άσυλο, ενημέρωση για τις διαδικασίες νομιμοποίησης, παραμονή ατόμων για ανθρωπιστικούς λόγους, έκδοση και ανανέωση της άδειας εργασίας, πληροφόρηση για τα δικαιώματα των μεταναστών και των προσφύγων.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σίγουρα η εξέταση μειονοτικών κοινωνικών ομάδων και ιδιαίτερα των μεταναστών, που απασχόλησαν την εργασία μας, δεν μπορεί να περιοριστεί στις ελάχιστες αυτές σελίδες.

Η καταγραφή όμως των στοιχείων που συλλέξαμε και παρουσιάσαμε για την κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα, μας επέτρεψε να καταλήξουμε σε κάποια αξιοπρόσεκτα συμπεράσματα.

Παρόλα τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες, η πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας είναι δυσπρόσιτη. Τα εμπόδια που παρουσιάζονται είναι η δυσκολία επικοινωνίας με τους γιατρούς λόγω διαφορετικής γλώσσας και κουλτούρας, η ελλιπής ενημέρωση σε θέματα υγείας καθώς και νομικής φύσεως ζητήματα.

Η ψυχική υγεία των μεταναστών επηρεάζεται από τις δυσκολίες κοινωνικοποίησής τους στη χώρα και έχει σαν αποτέλεσμα την κοινωνική περιθωριοποίηση και την απουσία κοινωνικής αλληλεπίδρασής τους με το κοινωνικό σύνολο. Για να ενταχθούν στην κοινωνία χρειάζεται να λαμβάνουν μέρος στα κοινωνικά δρώμενα, υιοθετώντας παράλληλα πολιτισμικούς κώδικες και πρότυπα κοινωνικής συμπεριφοράς.

Για να επιλυθεί το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού, είναι ανάγκη να αναγνωριστούν οι αιτίες που οδηγούν σ' αυτό, όπως οι δήθεν ασυμβίβαστες πολιτισμικές διαφορές, ώστε να αντιμετωπιστεί όσο το δυνατόν πιο γρήγορα. Για να εκλείψει ο κοινωνικός ρατσισμός και να προσφέρει το κράτος σε όλους τους πολίτες, υγεία-εργασία-εκπαίδευση, χωρίς διακρίσεις με βάση την καταγωγή ή την εθνικότητα, χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια από διάφορους φορείς, μεταξύ αυτών και όσων ασχολούνται με την προαγωγή της Νοσηλευτικής επιστήμης.

Οι κοινωνικοί φορείς παίζουν σπουδαίο ρόλο στην ομαλή ένταξη των μεταναστών και των άλλων ευπαθών ομάδων στην κοινωνία. Επειδή όμως ωστόσο βασίζονται κυρίως στην εθελοντική εργασία και στις δωρεές των πολιτών, δεν αρκούν. Θα μπορούσαν με κάποιες επιχορηγήσεις από το κράτος να δραστηριοποιηθούν περισσότερο, στην ενημέρωση και την προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, έχοντας παράλληλα τη βοήθεια των μέσωσ μαζικής ενημέρωσης. Αρωγή των φορέων αυτών θα πρέπει να είναι και οι νοσηλευτές αφού η νοσηλευτική, που αποτελεί έναν βασικό κλάδο της υγείας, στηρίζει την σωματική και την ψυχική ευεξία των ανθρώπων. Ελπίζουμε στο εγγύς μέλλον να δραστηριοποιηθούν περισσότερο οι διάφοροι σύλλογοι και οι επιστημονικές εταιρίες των νοσηλευτών της Ελλάδας ώστε να καταρτιστούν σχετικά προγράμματα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των μεταναστών της χώρας μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, τόμος 17 τεύχος 4, Ιούλιος-Αύγουστος 2000, (σελ.351-354) κοινωνικές ανισότητες στην υγεία.
2. Βάγια, Χρ. και Καλλιακμάνης, Βασ. (2007). Το Κοινωνικό Έργο της Ενορίας και η αξιοποίηση του Εθελοντισμού. Στο συλλογικό τόμο Το Ενοριακό Ποιμαντικό Έργο στη Σύγχρονη Κοινωνία (εγχειρίδιο οργάνωσης και δράσης). Αθήνα: Κλάδος Εκδόσεων της Επικοινωνιακής και Μορφωτικής Υπηρεσίας της Εκκλησίας της Ελλάδος. (Σελ. 135-161 και 245-267).
3. Δημητρίου- Παπαβασιλείου, Δ. Διπλωματική εργασία. Η ψυχική υγεία και η επίδραση της μετανάστευσης στην Ελληνική πραγματικότητα
4. Ιμεπο. Ινστιτούτο μεταναστευτικής πολιτικής. Μετανάστευση στην Ελλάδα. Εμπειρίες-πολιτικές-προοπτικές. (Τόμος Β).
5. Καρύδης, Β. (1996) « Η εγκληματικότητα των μεταναστών στην Ελλάδα. Ζητήματα θεωρίας και αντεγκληματικής πολιτικής»
6. Καψάλης, Α. (Ιούνιος 2003). Ευρωπαϊκό δίκτυο για συνεργασία και ανταλλαγές σε θέματα κοινωνικού αποκλεισμού και υγείας μεταναστών.
7. *Κλίμακα*, Περιοδική έκδοση για θέματα ψυχικής υγείας και κοινωνικού αποκλεισμού. (Οκτώβριος 2007). Τεύχος Β.
8. *Το βήμα του Ασκληπιού*, τόμος 7, τεύχος 2, (Απρίλιος- Ιούνιος 2008).
9. Τούντας Γ., Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών Διευθυντής Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (Τελευταία αναθεώρηση : 10/2/2007)
10. Review of Communicable Diseases 1999-2000, Public Health Laboratory Service 20 Δεκεμβρίου 2001.

11. <http://www.actup.gr/>
12. <http://www.enet.gr/>
13. <http://www.geocities.com/>
14. <http://www.greekinsight.com/>
15. <http://www.guidance-europe.org/>
16. <http://www.medtime.gr/>
17. <http://www.mighealth.net/>
18. <http://www.neahygeia.gr/>
19. <http://www.praksis.gr/>