

ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΑΘΗΝΩΝ (ΤΕΙ-Α)  
ΤΟΜΕΑΣ : ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ  
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Ι. ΤΟΜΕΑΣ : ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ  
ΕΠΙΒΛ. ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ : ΜΑΙΝΑ Α. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΚΟΥΤΗΣ Χ.

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΕΦΗΡΜΟΣΜΕΝΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ», ΕΣΔΥ – ΤΕΙ -Α**

**«ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΟΥΣ  
ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ»**

**ΜΠΑΛΑΤΣΟΥ ΗΛΕΚΤΡΑ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΑΘΗΝΑ 2010**

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια των σπουδών για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην

**“ ΕΦΗΡΜΟΣΜΕΝΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ”**

που απονέμει η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, σε σύμπραξη με το Τμήμα Δημόσιας Υγιεινής του ΤΕΙ Αθηνών.

Εγκρίθηκε την.....από την εξεταστική επιτροπή:

**ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ**

.....  
.....  
.....

**ΒΑΘΜΟΣ:**

**ΑΡΙΣΤΗ:.....**

**ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ:.....**

**ΚΑΛΗ:.....**

**ΑΠΟΔΕΚΤΗ:.....**

**«ΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΔΙΚΗΣ ΜΟΥ ΔΟΥΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΓΡΑΜΜΕΝΗ ΜΕ ΔΙΚΑ ΜΟΥ ΛΟΓΙΑ. ΣΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΕΝΕΣ Η΄ ΜΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΕΝΕΣ ΠΗΓΕΣ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΩ ΕΧΩ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΟΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΚΑΙ ΕΧΩ ΠΑΡΑΘΕΣΕΙ ΤΙΣ ΠΗΓΕΣ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ»**

**ΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΕΞΕΩΝ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΜΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΝ ΞΕΠΕΡΝΑ ΤΙΣ 50.000 ΛΕΞΕΙΣ**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ.....**

Στον Ανδρέα

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας έγινε στα πλαίσια της απόκτησης του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Εφαρμοσμένης Δημόσιας Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας και του τμήματος Δημόσιας Υγιεινής του ΤΕΙ Αθήνας, και δε θα μπορούσε να ολοκληρωθεί χωρίς τη συμβολή και υποστήριξη των παρακάτω ανθρώπων.

Θα ήθελα αρχικά να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την κ. Μάινα Άννα, υπεύθυνη καθηγήτρια και επιβλέπουσα της εργασίας μου, για τη βοήθεια και την επιστημονική καθοδήγησή της σε όλα τα στάδια της συγγραφής. Επιπλέον, θέλω να την ευχαριστήσω για την άριστη συνεργασία και κυρίως την ενθάρρυνσή της, καθώς χωρίς αυτά η πραγμάτωση της εργασίας θα ήταν ανέφικτη.

Επίσης, ευχαριστώ θερμά τον κ. Κουτή Χαρίλαο, Καθηγητή και επιστημονικό υπεύθυνο του μεταπτυχιακού προγράμματος της «Εφαρμοσμένης Δημόσιας Υγείας» της ΕΣΔΥ και του ΤΕΙ Αθηνών, για τις πολύτιμες συμβουλές και υποδείξεις του καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου στο τμήμα.

Ακόμη, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στο νοσηλευτικό προσωπικό του Γ.Ν.Α «Γ. Γεννηματάς» που συμμετείχε στην έρευνα, καθώς και στην υπεύθυνη νοσηλεύτρια του γραφείου εκπαίδευσης του νοσοκομείου κ. Νικολακάκου Χρυσάνθη για τη συνδρομή της στην ομαλή διεξαγωγή της διαδικασίας.

Ευχαριστώ επίσης την κ. Ιωαννίδη Έλλη, επιμελήτρια του τομέα Κοινωνιολογίας της ΕΣΔΥ, για τις προτάσεις και τις χρήσιμες συμβουλές της στην παρούσα εργασία.

Τέλος, ευχαριστώ θερμά τον κ. Τριγώνη Σωτήρη, ιατρό Γενικής Ιατρικής, για την υποστήριξη και την πολύτιμη βοήθειά του στην επίτευξη του στόχου μου.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	<b>2</b>
<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b> .....	<b>3</b>
<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ</b> .....	<b>5</b>
<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ</b> .....	<b>6</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	<b>8</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>9</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>10</b>
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	<b>12</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ</b> .....	<b>13</b>
1.1.Περιγραφή και εννοιολογική προσέγγιση του όρου μετανάστης.....	13
1.2.Τύποι μετανάστευσης .....	15
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> Η ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ</b> .....	<b>19</b>
2.1.Το προφίλ των μεταναστών .....	20
2.2.Ιστορικά στοιχεία .....	25
2.3.Μεταναστευτικές τάσεις στον Ελληνικό χώρο .....	27
2.4.Στοιχεία απογραφής του 2001.....	28
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ</b> .....	<b>30</b>
3.1.Νομικό καθεστώς για τους αλλοδαπούς στο χώρο της υγείας .....	36
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΕΣ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b> .....	<b>40</b>
4.1.Πολιτισμικές ιδιαιτερότητες .....	42
4.2.Οι πολιτισμικές διαφορές στη φροντίδα των ασθενών .....	47
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΞΕΝΟΦΟΒΙΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ</b> .....	<b>53</b>
5.1.Οι επιπτώσεις του κοινωνικού αποκλεισμού και του ρατσισμού στην υγεία των μεταναστών.....	57
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	<b>59</b>
Σκοπός της έρευνας.....	60
Υλικό και μέθοδος .....	60

Δείγμα.....	60
Μέσο συλλογής δεδομένων.....	63
Μέθοδος επιλογής του δείγματος.....	64
Διαδικασία.....	64
<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>66</b>
Γενικά.....	66
Αντιλήψεις νοσηλευτικού προσωπικού για τους μετανάστες .....	67
Αντιλήψεις και πεποιθήσεις νοσηλευτών με θετική ή αρνητική τοποθέτηση απέναντι στους μετανάστες.....	86
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>101</b>
<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....</b>	<b>104</b>
<b>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....</b>	<b>106</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>107</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....</b>	<b>112</b>

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού .....	61
Πίνακας 2: Συσχέτιση των μεταβλητών «φύλο» και «κατηγορία εκπαίδευσης» .....	61
Πίνακας 3: Συσχέτιση των μεταβλητών «φύλο» και «έτη εργασίας» .....	62
Πίνακας 4: Συσχέτιση της ερώτησης 2 (‘φύλο’) και της ερώτησης 17.....	93



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Κατανομή απαντήσεων (πίτα) στην ερώτηση 5.....	67
Γράφημα 2: Κατανομή απαντήσεων (ιστόγραμμα) στην ερώτηση 6.....	68
Γράφημα 3: Κατανομή απαντήσεων (πίτα) στην ερώτηση 7.....	69
Γράφημα 4: Κατανομή απαντήσεων (ιστόγραμμα) στην ερώτηση 8.....	70
Γράφημα 5: Κατανομή απαντήσεων (ιστόγραμμα) στην ερώτηση 9.....	71
Γράφημα 6: Κατανομή απαντήσεων (πίτα) στην ερώτηση 10.....	72
Γράφημα 7: Κατανομή απαντήσεων (ιστόγραμμα) στην ερώτηση 11.....	73
Γράφημα 8: Κατανομή απαντήσεων (ιστόγραμμα) στην ερώτηση 12.....	74
Γράφημα 9: Κατανομή απαντήσεων (πίτα) στην ερώτηση 11.....	75
Γράφημα 10: Κατανομή απαντήσεων (πίτα) στην ερώτηση 12.....	76
Γράφημα 11: Κατανομή απαντήσεων (πίτα) στην ερώτηση 15.....	77
Γράφημα 12: Κατανομή απαντήσεων (ιστόγραμμα) στην ερώτηση 16.....	78
Γράφημα 13: Κατανομή απαντήσεων (πίτα) στην ερώτηση 17.....	79
Γράφημα 14: Κατανομή απαντήσεων (ιστόγραμμα) στην ερώτηση 18.....	80
Γράφημα 15: Κατανομή απαντήσεων (πίτα) στην ερώτηση 19.....	81
Γράφημα 16: Κατανομή απαντήσεων (πίτα) στην ερώτηση 20.....	82
Γράφημα 17: Κατανομή απαντήσεων (πίτα) στην ερώτηση 21.....	83
Γράφημα 18: Κατανομή απαντήσεων (πίτα) στην ερώτηση 22.....	84
Γράφημα 19: Κατανομή απαντήσεων (ιστόγραμμα) στην ερώτηση 23.....	85
Γράφημα 20: Ανίχνευση στάσεων των νοσηλευτών στην ερώτηση 12, όπως προκύπτει από το συσχετισμό της με την ερ. 17.....	87
Γράφημα 21: Ανίχνευση αντιλήψεων των νοσηλευτών στην ερώτηση 14, όπως προκύπτει από το συσχετισμό της με την ερ. 17.....	88
Γράφημα 22: Ανίχνευση αντιλήψεων των νοσηλευτών στην ερώτηση 18, όπως προκύπτει από το συσχετισμό της με την ερ. 17.....	89
Γράφημα 23: Ανίχνευση στάσεων των νοσηλευτών στην ερώτηση 2, όπως προκύπτει από το συσχετισμό της με την ερ. 17.....	91

Γράφημα 24: Ανίχνευση στάσεων των νοσηλευτών στην ερώτηση 4, όπως προκύπτει από το συσχετισμό της με την ερ. 17.....	92
Γράφημα 25: Ανίχνευση αντιλήψεις των νοσηλευτών στην ερώτηση 6, όπως προκύπτει από το συσχετισμό της με την ερ. 17.....	94
Γράφημα 26: Ανίχνευση στάσεων των νοσηλευτών στην ερώτηση 7, όπως προκύπτει από το συσχετισμό της με την ερ. 17.....	95
Γράφημα 27: Ανίχνευση στάσεων των νοσηλευτών στην ερώτηση 9, όπως προκύπτει από το συσχετισμό της με την ερ. 17.....	96
Γράφημα 28: Ανίχνευση στάσεων των νοσηλευτών στην ερώτηση 13, όπως προκύπτει από το συσχετισμό της με την ερ. 17.....	97
Γράφημα 29: Ανίχνευση αντιλήψεων των νοσηλευτών στην ερώτηση 15, όπως προκύπτει από το συσχετισμό της με την ερ. 17.....	98
Γράφημα 30: Ανίχνευση στάσεων των νοσηλευτών στην ερώτηση 19, όπως προκύπτει από το συσχετισμό της με την ερ. 17.....	99
Γράφημα 31: Ανίχνευση στάσεων των νοσηλευτών στην ερώτηση 21, όπως προκύπτει από το συσχετισμό της με την ερ. 17.....	100

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συγκεκριμένη έρευνα επιχειρεί να ανιχνεύσει τις στάσεις και τις αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στους μετανάστες. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 150 επαγγελματίες νοσηλευτές που εργάζονται σε μεγάλο Νοσηλευτικό ίδρυμα της Αθήνας (Γ.Ν.Α. Γ. Γεννηματάς). Τα δημογραφικά στοιχεία συμπεριελάμβαναν το φύλο, την κατηγορία εκπαίδευσης, τα έτη εργασίας, καθώς και την ηλικία. Για τη διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων των ερωτηθέντων για το ευαίσθητο θέμα της μετανάστευσης, κατασκευάστηκε ερωτηματολόγιο με απαντήσεις πολλαπλών επιλογών, το οποίο βασίστηκε στα ερωτηματολόγια των Γετίμη Παν. και Πετρινώτη Ξ., από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Αστικού Περιβάλλοντος και Ανθρωπίνου Δυναμικού (ΕΠΙ.ΑΠΑΔ) του Παντείου Πανεπιστημίου. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων οδήγησε στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές του δείγματος διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, που διέπονται από δύο κυρίαρχες αντιλήψεις. Η ομάδα των νοσηλευτών που φαίνεται να υπερισχύει, αν και δεν είναι πλήρως απαλλαγμένη από πάγιες αρνητικές απόψεις για τους μετανάστες, θεωρεί ότι μία καλύτερη πολιτική διαχείριση της μετανάστευσης, θα μπορούσε να επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην ελληνική κοινωνία. Αντίθετα, η δεύτερη, μειοψηφική τάση, είναι περισσότερο ομοιογενής στις κοινωνικές αντιλήψεις. Αντιμετωπίζει εν γένει αρνητικά τους μετανάστες και παρουσιάζει στοιχεία κοινωνικού συντηρητισμού. Τέλος, προκύπτει πως η επαγγελματική συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στους μετανάστες ασθενείς παραμένει ανεξάρτητη από τις κοινωνικές του αντιλήψεις.

## ABSTRACT

The present study attempts to reveal the attitudes and views of nursing staff towards immigrants. The sample consisted of 150 professional nurses, who are working in one of the largest hospitals in Athens (G.H.A. "G.Genimatas"). Demographic data that are included is gender, education level, years of working experience and age. To explore the attitudes and perceptions of nurses about the sensitive issue of migration, we constructed a questionnaire with multiple choice answers, based on questionnaires of Getimis P. and Petrinioti X., from the Institute of Urban Environment and Human Resources (EPI.APAD), Panteion University. The analysis results shows that nurses who are involved in the study divided into two categories, which characterized by two dominant ideas. The group of nurses that seems to prevail, although they are not fully free standing of their negative feelings for the immigrants, they believe that a better policy management of migration could have a positive effect on Greek society. In contrast, the second category, which is the minority trend, is more homogeneous in social perceptions and has a negative attitude towards immigrants, declaring in that way its social conservatism. Finally, it appears that the professional conduct of nurses towards immigrant patients remain independent of their social views.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Συγκεκριμένες ιστορικές καταστάσεις, αλλά και κοινωνικο-πολιτικές συνθήκες, προκάλεσαν σε διάφορες χρονικές περιόδους του τελευταίου αιώνα, την μετακίνηση των πληθυσμών προς τα νέα οικονομικά κέντρα του δυτικού κόσμου.

Τις δεκαετίες του '60 και '70, φτωχές χώρες όπως η Ελλάδα, βρίσκουν στη μετανάστευση μία διέξοδο στα σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά μεταπολεμικά τους προβλήματα. Η μετανάστευση της περιόδου αυτής σφράγισε τη χώρα μας και συντέλεσε στη διαμόρφωση της σύγχρονης πολιτισμικής, δημογραφικής, οικονομικής και κοινωνικής πραγματικότητας. (Ναξάκης, Χλέτσος, 2001)

Οι ανάγκες και οι εξελίξεις της ελληνικής αγοράς εργασίας, η αναζήτηση φθηνών εργατικών χεριών, καθώς και η γεωπολιτική θέση της Ελλάδας, η οποία συνορεύει με τις Βαλκανικές χώρες, προκάλεσαν αντιστροφή του φαινομένου της μετανάστευσης τη δεκαετία του '90 και έπειτα. Έτσι η Ελλάδα, από χώρα εξαγωγής μεταναστών, μετατρέπεται σε χώρα εισαγωγής μεταναστευτικών ρευμάτων. (Μαρβάκης, Παρασάνογλου, Παύλου, 2001)

Εντούτοις, αυτή η ξαφνική και απότομη μεταβολή της χώρας μας σε κράτος υποδοχής οικονομικών μεταναστών βρήκε πολίτες και κρατικό μηχανισμό απροετοίμαστους. Η αθρόα και μαζική είσοδος μεταναστών εκείνης της περιόδου χτύπησε «ως κεραυνός εν αιθρία» την ελληνική κοινωνία. Η Ελλάδα, που έως τότε διέθετε ενιαίο και ομοιογενή στην πλειοψηφία του πληθυσμό, εμφανίστηκε πλέον ανήμπορη να αντιδράσει στις εξελίξεις, ενώ κάθε δημόσια συζήτηση για τις μειονότητες εξακολουθούσε να αποτελεί θέμα ταμπού. (Λαμπριανίδης, Λυμπεράκη, 2001)

Στην παρούσα έρευνα γίνεται προσπάθεια να διερευνηθούν οι στάσεις και οι απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού , απέναντι στους αλλοδαπούς οικονομικούς μετανάστες. Σκοπός είναι η αποτύπωση των κυρίαρχων αντιλήψεων της συγκεκριμένης ομάδας επαγγελματιών υγείας για τη μετανάστευση, όπως και το κατά πόσο αυτές οι αντιλήψεις επηρεάζουν ή όχι την ποιότητα της παροχής φροντίδας υγείας στους μετανάστες ασθενείς.

Η εργασία αποτελείται από 2 μέρη. Το γενικό μέρος περιλαμβάνει τα κεφάλαια 1 έως 5, στα οποία παρουσιάζεται το θεωρητικό κομμάτι της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, στα παραπάνω κεφάλαια περιγράφεται σε γενικές γραμμές το φαινόμενο της μετανάστευσης, το προφίλ των μεταναστών, ορισμένα ιστορικά στοιχεία, καθώς και το θεσμικό και νομικό πλαίσιο που ισχύει στη χώρα μας για τους μετανάστες. Στο 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο επιχειρείται μια περισσότερο κοινωνιολογική προσέγγιση του φαινομένου μέσα από το σχολιασμό των πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων στο χώρο της υγείας.

Το ερευνητικό μέρος της εργασίας αποτελεί και το ειδικό μέρος της, στο οποίο αναφέρονται ο σκοπός, το υλικό και η μέθοδος της ερευνητικής διαδικασίας. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης και η εργασία ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα και τη καταγραφή της βιβλιογραφίας.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ

#### 1.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΜΕΤΑΝΑΣΤΗΣ

Η διατύπωση ορισμού της έννοιας μετανάστης αποτελεί θεωρητικά δύσκολη υπόθεση, καθώς επηρεάζεται από διάφορες κοινωνικές παραμέτρους και πολιτικο-ιδεολογικούς παράγοντες. Ένας γενικός προσδιορισμός δίδεται από τον Διεθνή Οργανισμό Μετανάστευσης, ο οποίος χαρακτηρίζει ως μετανάστες τα άτομα εκείνα που «διαμένουν σε ξένο κράτος για μία παρατεταμένη περίοδο». Οι τουρίστες και εκείνοι που ταξιδεύουν σε άλλες χώρες εξαιτίας του επαγγέλματός τους, διαχωρίζονται σαφώς από τον παραπάνω ορισμό, αφού κανένας από αυτούς δεν έχει σκοπό τη μακροχρόνια παραμονή στη χώρα προορισμού του. (Ναξάκης, Χλέτσος, 2001)

Σύμφωνα με τον Eisenstadt (1953), η μετανάστευση είναι η φυσική μετάβαση ατόμων και ομάδων από μια κοινωνία σε κάποια άλλη, ενώ ο Sauvy (1974) αποδίδει στον όρο μετανάστευση το νόημα της γεωγραφικής μετακίνησης μεγάλου αριθμού ατόμων.

Μία εκτενέστερη μελέτη του ορισμού της έννοιας της μετανάστευσης, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η μετανάστευση είναι η μόνιμη ή προσωρινή μεταβολή του τόπου εγκατάστασης ενός ατόμου, μιας ομάδας ή ενός κοινωνικού συνόλου, και αποτελεί το ένα από τα τέσσερα είδη γεωγραφικής κινητικότητας (Μπάγκαβος-Παπαδοπούλου, 2003).

Στην Ελλάδα, ο νόμος 2910/2001 συνδέει την έννοια του μετανάστη με αυτή του «αλλοδαπού». Όπως προκύπτει από αυτόν, αλλοδαπός θεωρείται «κάθε φυσικό πρόσωπο που δεν έχει την ελληνική ιθαγένεια». Ενδιαφέρον στην εκτενέστερη μελέτη



του συγκεκριμένου νόμου παρουσιάζει το γεγονός ότι προτιμάται ο όρος «αλλοδαπός» από τον όρο «μετανάστης», αφού όπως φαίνεται περισσότερο σημασία έχει το γεγονός ότι δεν είναι Έλληνας πολίτης, παρά ο σκοπός της μετακίνησής του.

Η γεωγραφική κινητικότητα αναδεικνύεται στους περισσότερους ορισμούς ως βασικό στοιχείο της έννοιας μετανάστευση. Όμως, όπως αναφέρθηκε και προηγούμενα, ο ακριβής ορισμός εξαρτάται από ποικίλες κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες. Στη σημερινή εποχή για παράδειγμα, όταν γίνεται αναφορά σε μετανάστες, εννοούνται συχνά οι οικονομικοί μετανάστες, οι οποίοι διαχωρίζονται από τους πρόσφυγες ή τους μετανάστες από ανταλλαγή πληθυσμών. (Ναξάκης, Χλέτσος, 2001)

Ο Borjas (1993) διακρίνει την μετανάστευση σε δύο κατηγορίες. Σε αυτή που βασίζεται σε «παράγοντες προσέλκυσης» και σ' αυτή που στηρίζεται σε «παράγοντες απώθησης». Τις τελευταίες πέντε δεκαετίες, οι «παράγοντες προσέλκυσης» χάραξαν τη μεταναστευτική κίνηση, καθώς οι χώρες υποδοχής επέλεξαν το εργατικό δυναμικό που ήταν απαραίτητο σύμφωνα με τις ανάγκες τους, διαμορφώνοντας έτσι μία μεταναστευτική πολιτική βασισμένη σε «συμβάσεις εργασίας» και διακρατικές συμφωνίες.

Εντούτοις, στη σημερινή εποχή, οι «παράγοντες απώθησης» είναι εκείνοι που καθοδηγούν πλέον τη μεταναστευτική πορεία, φαινόμενο που οφείλεται κυρίως στην κατάρρευση των σοσιαλιστικών και κομμουνιστικών καθεστώτων, τη δημογραφική έκρηξη, και την παγκοσμιοποίηση της οικονομίας. (Ναξάκης, Χλέτσος, 2001)

Το νέο κύμα μετανάστευσης που δημιουργήθηκε στα τέλη της δεκαετίας του '80 και στις αρχές της δεκαετίας του '90, άλλαξε ολοκληρωτικά το σκηνικό της μετανάστευσης στον Ευρωπαϊκό χώρο. Νέες ομάδες μεταναστών, πληθυσμιακά ευαίσθητες, όπως οι πρόσφυγες ή οι αιτούντες άσυλο αναδύθηκαν στην επιφάνεια. Οι ομάδες αυτές, αν και εννοιολογικά δύνανται να ταυτίζονται ή να αλληλεπικαλύπτονται, παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές και χρήζουν αποσαφήνιση και διαχωρισμό από τον όρο μετανάστης. (Ναξάκης, Χλέτσος, 2001)

## 1.2. ΤΥΠΟΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ

Στη συνέχεια, αναλύονται ορισμένοι βασικοί τύποι μετανάστευσης:

- **Πρόσφυγες:** Θεωρούνται τα άτομα που έχουν λάβει πολιτικό άσυλο, έχουν πλήρη εργασιακά δικαιώματα και διαθέτουν άδεια αορίστου παραμονής στη χώρα.
- **Οι αιτούντες άσυλο:** Είναι τα άτομα που έχουν ζητήσει να τους χορηγηθεί άσυλο στη χώρα υποδοχής και αναμένουν την έγκρισή της. Η κατηγορία αυτή κυρίως αφορά ανθρώπους που εξαιτίας πολιτικών πεποιθήσεων έχουν εγκαταλείψει την πατρίδα τους και η επιστροφή τους σε αυτή ελλοχεύει κίνδυνο για τη ζωή τους. Οι αιτούντες άσυλο δεν έχουν το δικαίωμα να εργαστούν στη χώρα υποδοχής, εκτός και αν αποκτήσουν τη σχετική άδεια.
- **Μετανάστες:** Είναι οι υπήκοοι κρατών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης, που έχουν εισέλθει είτε νόμιμα είτε παράνομα σε μία χώρα της Ε.Ε. με σκοπό να εγκατασταθούν μόνιμα ή προσωρινά σε αυτή και να αναζητήσουν εργασία.

Ειδικότερα, στον Ελληνικό χώρο οι μετανάστες διακρίνονται στις εξής υποκατηγορίες:

1. Παλινοστούντες, Έλληνες της διασποράς ή επαναπατρισμένοι Έλληνες. Κατά τα έτη 1987-1997 περίπου 80.000 Πόντιοι επαναπατρίστηκαν , ενώ μέχρι το 1999 παρουσιάστηκε διπλάσια σχεδόν αύξηση του αριθμού.
2. Παράνομοι μετανάστες, οι οποίοι προέρχονται ως επί το πλείστον από τα βαλκανικά κράτη και τα κράτη που δημιουργήθηκαν μετά τη διάσπαση της Πρώην Σοβιετικής Ένωσης.
3. Μετανάστες που φέρουν άδεια εργασίας. 25.000 με 30.000 άτομα έχουν μεταναστεύσει στη χώρα μας εξαιτίας επαγγελματικών υποχρεώσεων (π.χ. στελέχη διεθνών επιχειρήσεων και εταιρειών).
4. Ξένοι εργαζόμενοι : Η συγκεκριμένη κατηγορία αφορά σε άτομα που απασχολούνται ως εποχιακό προσωπικό με άδεια εργασίας στον αγροτικό ή

τουριστικό τομέα. Ο αριθμός των ξένων εργαζομένων εμφανίστηκε ιδιαίτερα αυξημένος τη δεκαετία του '70 , ενώ σταδιακά μειώθηκε την περίοδο του '80.

Εκτός του ανωτέρου διαχωρισμού , το Ευρωπαϊκό Κέντρο για την ανάπτυξη της επαγγελματικής κατάρτισης προτείνει επιπλέον και τις παρακάτω μορφές μεταναστευτικής κίνησης :

- Μετανάστευση για λόγους κατάρτισης. Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει επαγγελματίες που περνούν ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα σε μία ξένη χώρα , ώστε να αποκτήσουν καινούργιες γνώσεις πάνω στο εργασιακό τους αντικείμενο και να έρθουν σε επαφή με νέες τεχνολογίες.
- Μετανάστευση για εκπαιδευτικούς λόγους. Αυτή η μορφή μετανάστευσης αφορά τους φοιτητές , αλλά και το ακαδημαϊκό προσωπικό που αφήνουν την χώρα προέλευσής τους , προκειμένου να σπουδάσουν , ή αντίστοιχα να εργαστούν, στα πανεπιστημιακά ιδρύματα του εξωτερικού.
- Μετανάστευση για μόνιμη παραμονή. Εδώ περιλαμβάνονται εκείνοι που εγκαταλείπουν τη χώρα τους , προκειμένου να εγκατασταθούν μόνιμα σε μία άλλη χώρα.
- Μετανάστευση για επαγγελματικούς σκοπούς. Αφορά σε άτομα που ταξιδεύουν για λόγους απασχόλησης.
- Παράνομη μετανάστευση. Αποτελεί ίσως την πιο κρίσιμη κατηγορία , που έχει λάβει ανησυχητικές διαστάσεις στις μέρες μας, και την οποία οι σημερινές κοινωνίες καλούνται να διαχειριστούν. Οι τελευταίες, οφείλουν να εξισορροπούν τις καταστάσεις που συχνά διαταράσσονται από μία τέτοια συνύπαρξη, και παράλληλα να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα που προκύπτουν μεταξύ των πολιτών και των παράνομων μεταναστών.

Παρά τη λεπτομερή κατηγοριοποίηση των τύπων μετανάστευσης όμως, εξακολουθεί να είναι δύσκολο να χαρακτηριστεί κάποιος ως μετανάστης. Ένας από τους λόγους αποτελεί το γεγονός ότι αρκετοί αλλοδαποί έχουν την εθνικότητα της

χώρας υποδοχής, με αποτέλεσμα να μην καταγράφονται καν στα επίσημα κρατικά μητρώα ως μετανάστες.

Ακόμα, τα κράτη της Βόρειας Ευρώπης στην πλειοψηφία τους, εγκρίνουν την απόκτηση ιθαγένειας στα άτομα που παραμένουν στη χώρα περισσότερο από πέντε χρόνια, με συνέπεια να μην περιλαμβάνονται οι μετανάστες αυτοί στους στατιστικούς καταλόγους. (Βεντούρα, 1998)

Στον αντίποδα αυτών, οι χώρες- μέλη της Νότιας Ευρώπης εμφανίζονται ολοένα και πιο απρόθυμες να παραχωρήσουν ιθαγένεια στους μετανάστες, με αποτέλεσμα η παρουσία των μεταναστών να γίνεται περισσότερο αισθητή σε χώρες όπως η Ελλάδα, η Γερμανία, η Ισπανία και η Ιταλία. Ενδεικτικό είναι μάλιστα ότι στα συγκεκριμένα κράτη ολόκληροι πληθυσμοί παιδιών μεταναστών δεύτερης και τρίτης γενιάς , αποκαλούνται μετανάστες στις χώρες στις οποίες γεννήθηκαν (Edwards, 2004).

Επιπρόσθετα, αξίζει να επισημανθεί και το παράδειγμα της Ολλανδίας και της Δανίας , οι οποίες διατηρούν σύστημα καταγραφής όχι μόνο των αλλοδαπών, αλλά και των γεννηθέντων στο εξωτερικών και των παιδιών τους, προκειμένου να παρακολουθούν τις διεργασίες της κοινωνικής ένταξης (Ψημμένος, 1999)

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τη πολιτική που εφαρμόζεται σήμερα, η Ελληνική ιθαγένεια δεν μπορεί να αποδοθεί σε Ελληνικής καταγωγής μετανάστες από την Αλβανία. Το υπουργείο Δημόσιας Τάξης είναι αρμόδιο να παρέχει ειδική κάρτα ομογενούς, τριετούς διάρκειας, σε όσους καταχωρούνται ως Ελληνικής καταγωγής, αν και ο ακριβής αριθμός αυτών των αδειών ή η εθνικότητα των κατόχων τους δεν έχει αποκαλυφθεί (Βεντούρα, 2000).

Επιπλέον, βάσει της απογραφής του 2001, παρά το γεγονός ότι οι ομογενείς καταγράφηκαν ως μη Έλληνες , τα στοιχεία αμφισβητούνται ως προς αυτή την κατεύθυνση.

Οι Ελληνικής καταγωγής μετανάστες επομένως, είναι δυσδιάκριτοι στα στατιστικά στοιχεία, ενώ τα παιδιά των μεταναστών που γεννήθηκαν στην Ελλάδα χαρακτηρίζονται ως αλλοδαποί. Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι προγράμματα ένταξης και ενσωμάτωσης μεταναστών που δεν διαθέτουν την Ελληνική καταγωγή δεν έχουν ακόμα υλοποιηθεί στη χώρα μας (Βεντούρα, 1998).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### Η ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, η Ελλάδα αποτελούσε παραδοσιακή χώρα παραγωγής μεταναστών. Οικονομικοί και πολιτικοί λόγοι οδήγησαν στη διεύρυνση του φαινομένου, το οποίο άρχισε σταδιακά να εκλείπει από το δεύτερο μισό της δεκαετίας του '70, καθώς ξεκινά η πρώιμη εισροή ξένων μεταναστών και ο επαναπατρισμός ελλήνων μεταναστών.

Αν και μικροί πληθυσμοί μεταναστών υπήρχαν ανέκαθεν στην Ελλάδα, από τα παλαιότερα χρόνια, η χώρα μας μετατρέπεται ουσιαστικά σε κράτος υποδοχής μεταναστών τη δεκαετία του '90 και ύστερα, μετά τη διάλυση του Ανατολικού μπλοκ και το άνοιγμα των συνόρων των χωρών που το αποτελούσαν, γεγονός που συνδέεται με τις ανάγκες και εξελίξεις της ελληνικής αγοράς εργασίας, την αναζήτηση φτηνών εργατικών χεριών, τη γειτνίαση της χώρας μας με τις χώρες της Βαλκανικής και γενικότερα με τη γεωπολιτική της θέση. (Μαρβάκης, et al. 2001)

Η αλλαγή αυτή σε χώρα υποδοχής, έφερε στην επιφάνεια διάφορα προβλήματα, τα οποία άλλες χώρες, όπως η Γερμανία, οι Η.Π.Α, και η Αυστραλία αντιμετώπισαν μακροπρόθεσμα με τη νομιμοποίησή τους ή με μέτρα καταστολής. (Χλέτσος, 2005). Η ελληνική πολιτεία δε μπόρεσε να υποδεχθεί αυτή τη νέα κατάσταση καθώς η μετανάστευση άρχισε να λαμβάνει τεράστιες διαστάσεις. Η μαζική είσοδος στην Ελλάδα οικονομικών μεταναστών στις αρχές της δεκαετίας του 90 χτύπησε «ως κεραυνός εν αιθρία» την ελληνική κοινωνία, η οποία ως τότε είχε ενιαίο και ομοιογενή στην πλειοψηφία του πληθυσμό και αποτελούσε ταμπού κάθε δημόσια συζήτηση για μειονότητες. (Λαμπριανίδης, Λυμπεράκη, 2005)

Η έκρηξη της ανεργίας, οι διαρθρωτικές αλλαγές στη δομή της οικονομίας, η είσοδος των παλιννοστούντων ομογενών και άλλα ζητήματα που εμφανίστηκαν τη δεκαετία του '90, αποτέλεσαν την συγκυρία μέσα στην οποία έπρεπε να διευθετηθεί το μεταναστευτικό πρόβλημα. Από τα παραπάνω εύλογα συνάγεται το συμπέρασμα, ότι η απότομη και ξαφνική μετατροπή της Ελλάδας σε χώρα υποδοχής οικονομικών μεταναστών είχε αρνητικές συνέπειες καθώς βρήκε απροετοίμαστους κράτος και πολίτες. (Χλέτσος, 2005)

Σε αυτό το πλαίσιο, η ομαλή ένταξη και αφομοίωση των μεταναστών δεν ήταν εφικτή, καθώς δεν υπήρχαν οι απαραίτητες δομές και προϋποθέσεις, ούτε και οι αντίστοιχες πολιτικές που θα μπορούσαν να διευθετήσουν φλέγοντα θέματα όπως η διεκδίκηση ατομικών, πολιτικών και κοινωνικών δικαιωμάτων, η ανάγκη για οικογενειακή επανένωση, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, και η ένταξη στο κοινωνικό σύνολο (Χλέτσος, 2005).

## **2.1.ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ**

Σήμερα, ο αριθμός των αλλοδαπών που ζει στην Ελλάδα υπολογίζεται περίπου στο 1.000.000. Στη μεγάλη τους πλειοψηφία έχουν έρθει στην Ελλάδα παράνομα, γι' αυτό δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία ούτε για τον πραγματικό αριθμό τους, ούτε για τη χώρα προέλευσής τους. Εκτιμάται όμως ότι το 50% είναι μετανάστες από την Αλβανία, 10% από χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, 5% από χώρες της Ασίας (Ιράκ, Ιράν, Πακιστάν, Συρία, Φιλιππίνες), κάποιιοι από την Πολωνία, καθώς και τις υπόλοιπες χώρες της Βαλκανικής Χερσονήσου (Βουλγαρία, Ρουμανία). (Γιαννίρη Ν. 2003).

Αρκετοί από τους παραπάνω θεωρούν την Ελλάδα ως ενδιάμεση χώρα παραμονής, με απώτερο στόχο τους να εγκατασταθούν και να ζήσουν σε άλλα κράτη. Οι περισσότεροι όμως είναι άνθρωποι που εγκατέλειψαν την πατρίδα τους για

οικονομικούς λόγους και ήρθαν στην Ελλάδα αναζητώντας εργασία, ώστε να μπορέσουν να συντηρήσουν την οικογένεια που συχνά αφήνουν πίσω στη χώρα τους.

Παράλληλα, χρόνο με το χρόνο αυξάνεται και το ποσοστό των παιδιών που φοιτούν στα ελληνικά σχολεία. Στοιχεία του Υπουργείου Παιδείας δείχνουν τη γρήγορη αύξηση των εγγραφών των αλλοδαπών μαθητών κατά 23% από το 1994 έως 1997. Από αυτούς το 73% προέρχεται από την Αλβανία, 8% από τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης και μικρότερα ποσοστά από άλλες χώρες (Gabaglio E., 2003). Όσον αφορά την εγκατάσταση των μεταναστών στην ευρύτερη περιοχή της πρωτεύουσας, αξίζει να επισημανθεί πως δεν προσελκύουν όλες οι περιοχές τους μετανάστες στο ίδιο ποσοστό, αλλά κυρίως το κέντρο της Αθήνας. (Γιαννίρη Ν. 2003)

Ένα από τα προβλήματα που παρατηρούνται και αφορούν τα παιδιά των μεταναστών, είναι η δυσκολία στην εκμάθηση των ελληνικών. Στα ελληνικά σχολεία δεν υπάρχει μέριμνα για την ξεχωριστή διδασκαλία της ελληνικής γλώσσας, ώστε στη συνέχεια οι αλλοδαποί μαθητές να ενταχθούν ομαλά στις κανονικές τάξεις, ούτε βέβαια έχουν και σχολεία δικά τους (Αλβανικά, Πολωνικά κ.λ.π.). Χαρακτηριστικό αυτής της περίπτωσης είναι το παράδειγμα των Πολωνών που έχουν έρθει από τη δεκαετία του '80 στην Ελλάδα, και που διαθέτουν μια αρκετά οργανωμένη κοινότητα, συμπεριλαμβανομένου ενός πολωνικού σχολείου, του οποίου το απολυτήριο αναγνωρίζεται στη χώρα τους. Καθώς όμως οι περισσότεροι από αυτούς επιθυμούν να ενταχθούν στην ελληνική κοινωνία και να ζήσουν στην Ελλάδα, προτιμούν να στέλνουν τα παιδιά τους στα ελληνικά σχολεία, παρά τη δυσκολία που αντιμετωπίζουν ως μαθητές (Γιαννίρη Ν., 2003)

Οι μετανάστες που έφτασαν τη δεκαετία του '80 οργανώθηκαν σε κοινότητες και προσπάθησαν να διατηρήσουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τον πολιτισμό τους (Frey, M. & U. Mammey, 1996). Αντίθετα οι Αλβανοί, που αποτελούν και το μεγαλύτερο τμήμα των μεταναστών και ήρθαν τη δεκαετία του '90, εμφανίζονται



σαφώς ανοργάνωτοι. Πολλοί από αυτούς δουλεύουν στην Ελλάδα για ένα μικρό χρονικό διάστημα, κατόπιν επιστρέφουν στην πατρίδα τους και επανέρχονται μετά από λίγο καιρό, με αποτέλεσμα να μην εμφανίζουν σημάδια προσπάθειας να διατηρήσουν τον πολιτισμό και τις παραδόσεις τους.

Στοιχεία του Υπουργείου Εργασίας, δείχνουν ότι οι μετανάστες αποτελούν περίπου το 25% του εργατικού δυναμικού της χώρας μας. Πάνω από τους μισούς είναι άντρες και σχεδόν όλοι είναι ηλικίας μικρότερης των 50 ετών. Οι περισσότεροι απασχολούνται στον τομέα της γεωργίας. Εκτιμάται δε, ότι το 45% της μισθωτής αγροτικής απασχόλησης είναι μετανάστες. Αυτό δε σημαίνει ότι Έλληνες εργάτες γης έχασαν τη δουλειά τους, αλλά ότι χωριά που είχαν σχεδόν ερημώσει, καλλιέργειες που είχαν εγκαταλειφθεί λόγω έλλειψης εργατικών χεριών αναζωογονήθηκαν. Μ' αυτό τον τρόπο, οι τιμές ορισμένων αγροτικών προϊόντων παρέμειναν σε χαμηλά επίπεδα ή ακόμα και μειώθηκαν. (Γιαννίσης Τ., 2003)

Οι υπόλοιποι μετανάστες απασχολούνται κυρίως στις κατασκευές, σε βιοτεχνίες και βιομηχανίες και λιγότεροι σε ιδιωτικές υπηρεσίες. Οι αμοιβές των παράνομων μεταναστών είναι περίπου 50% χαμηλότερες από τις αντίστοιχες των Ελλήνων. Από στοιχεία, όμως, του Υπουργείου Εργασίας φαίνεται ότι δεν δημιουργούν πρόσθετη ανεργία στη χώρα μας, επειδή οι εργασίες που αναλαμβάνουν είναι από αυτές που δεν προτιμώνται από Έλληνες (Γιαννίσης Τ., 2003).

Στην Ελλάδα, οι αλλοδαποί έγιναν αρχικά δεκτοί με συμπάθεια. Διευκόλυναν τη ζωή των Ελλήνων καθώς αναλάμβαναν εργασίες που οι Έλληνες απέρριπταν. Φιλιππινέζες με χαμηλά μεροκάματα γηροκόμησαν γέρους, ενώ τις βαριές δουλειές της οικοδομής τις ανέλαβαν Πολωνοί κ.λ.π. Το κύμα, όμως, των προσφύγων αυξήθηκε κατά πολύ τη δεκαετία του '90, με την κατάρρευση των καθεστώτων του υπαρκτού σοσιαλισμού και κυρίως με τη διάλυση οικονομιών όπως αυτής της Αλβανίας. Η ανεργία που ταυτόχρονα λάμβανε όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις, είχε ως συνέπεια τη δημιουργία αρνητικού κλίματος απέναντι στους ξένους. (Πετσάλνικος Φ., 2003)

Το μεγάλο ποσοστό των ανέργων στην χώρα μας λανθασμένα αποδόθηκε στην ύπαρξη των ξένων εργατών. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης αρέσκονται να δίνουν έμφαση σε ειδήσεις που αφορούν εγκληματικές ενέργειες, τις οποίες αποδίδουν, με ελλιπή στοιχεία σε αλλοδαπούς. Έτσι, ένα κλίμα φόβου απέναντι στους μετανάστες άρχισε να δημιουργείται στην Ελλάδα. Έρευνα ιδιωτικού ραδιοφωνικού σταθμού που έγινε την άνοιξη του '98 απέδειξε ότι πάνω από το 75% του πληθυσμού θεωρεί ότι υπάρχει πράγματι αύξηση της εγκληματικότητας στην Ελλάδα, νιώθει φόβο και ανασφάλεια και θεωρεί αναποτελεσματική τη δράση της αστυνομίας. (Πετσάλνικος Φ., 2003)

Οι νέοι μετανάστες αποτελούν ένα από τα στρώματα της κοινωνίας στην οποία προσπαθούν να επιβιώσουν. Η θέση τους, στα πλαίσια της κοινωνίας αυτής τοποθετείται περισσότερο στο περιθώριο της οικονομικής και πολιτικής ζωής. Κάθε φορά που η κοινωνία ανασκευάζεται, τα δικαιώματα των ατόμων αυτών (εργασία – διαμονή) επηρεάζονται άμεσα. (Parademetriou, D., 1994)

Σύμφωνα με τους Μαράτου-Αλιπράντη (2005), το προφίλ των αλλοδαπών στην Ελλάδα αποτυπώνεται ως εξής: οι αλλοδαποί μετανάστες είναι έως 40 χρόνων, παντρεμένοι, πολλοί από αυτούς (40%) ζουν στην Ελλάδα περισσότερα από 5 χρόνια, έχουν μέσο και χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης (αλλά όχι πιο χαμηλό σε σχέση με το σύνολο του πληθυσμού), είναι μισθωτοί, και απασχολούνται σε συγκεκριμένους κλάδους και επαγγέλματα (κυρίως στην παροχή υπηρεσιών, τεχνίτες, χειριστές μεταφορικών μέσων, ανειδίκευτοι εργάτες και μικροεπαγγελματίες).

Ασφαλώς, αυτό το «γενικό» πορτραίτο δεν αναδεικνύει τις διαφορετικές καταστάσεις που είναι δυνατόν να παρατηρηθούν αλλά ωστόσο μας δίνει μια εικόνα για τα χαρακτηριστικά της μεγάλης πλειοψηφίας των αλλοδαπών. Αυτός ο παραπάνω «ιδανικός τύπος» (ideal-type) του αλλοδαπού που αναδείχθηκε μας κατευθύνει ως προς τις σχέσεις των αλλοδαπών με το σύστημα υγείας και πρόνοιας. Καθώς ο πληθυσμός των μεταναστών είναι σχετικά νέος, δεν κάνει πολύ συχνά χρήση του συστήματος υγείας, ωστόσο απασχολείται σε οικονομικούς κλάδους και επαγγέλματα

που συσχετίζονται περισσότερο με δαπάνες. Επιπλέον, μακροπρόθεσμα οι αλλοδαποί πρόκειται να χρησιμοποιήσουν το σύστημα υγείας και πρόνοιας χωρίς μεγάλη δυνατότητα να επιμηκύνεται η διάρκεια της επαγγελματικής τους ζωής. (Μαράτου-Αλιπράντη, 2005)

Όπως συνεχίζουν οι Μαράτου-Αλιπράντη, (2005), οι νόμιμα διαμένοντες και εργαζόμενοι αλλοδαποί, καθώς και οι πρόσφυγες έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους Έλληνες πολίτες. Σχετικά με τις παροχές των ασφαλισμένων αλλοδαπών δεν φάνηκε να υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στους γηγενείς και στους αλλοδαπούς. Οι αλλοδαποί δικαιούχοι έχουν σε γενικές γραμμές τις ίδιες παροχές που προσφέρονται και στους Έλληνες ασφαλισμένους. Ωστόσο, το γεγονός ότι ασφαλίζονται στις χαμηλές ασφαλιστικές κατηγορίες και σε χαμηλά κλιμάκια διαφοροποιεί το ύψος των παροχών σε είδος και σε χρήμα και μακροπρόθεσμα διαφοροποιεί το ύψος των συντάξεων. Εξάλλου η πιλοτική διερεύνηση σε μεγάλο Γενικό Νοσοκομείο της Αθήνας μας έδειξε ότι το ποσοστό των αλλοδαπών στο σύνολο των νοσηλευθέντων ανέρχεται στο 6,2%, ποσοστό που προσεγγίζει το ποσοστό των αλλοδαπών που αναλογεί στο συνολικό πληθυσμό (7% βάσει των στοιχείων απογραφής πληθυσμού, ΕΣΥΕ 2001). Επίσης, οι γυναίκες χρησιμοποιούν τις νοσοκομειακές υπηρεσίες περισσότερο απ' ότι οι άνδρες, λόγω των τοκετών, των επιπλοκών κύησης και άλλων γυναικολογικών προβλημάτων και λίγοι είναι αυτοί που προσκομίζουν πιστοποιητικό απορίας προκειμένου να νοσηλευτούν δωρεάν.

Επισημαίνεται ακόμα ότι υπάρχει σημαντική έλλειψη στατιστικών δεδομένων από τους ασφαλιστικούς φορείς, που οφείλεται είτε στη μη ηλεκτρονική επεξεργασία και αρχειοθέτηση των δεδομένων, είτε στο ότι δεν συλλέγονται σχετικά δεδομένα. Επίσης στα δημόσια Νοσοκομεία τα απογραφικά δελτία, στα οποία καταγράφονται οι ασθενείς δεν αναγράφεται η υπηκοότητα των αυτών. Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι ο αριθμός μητρώου των αλλοδαπών που κάθε μετανάστης αποκτά από το Υπουργείο Εσωτερικών δεν καταγράφεται μηχανογραφικά σε κανένα από τα τρία ασφαλιστικά ταμεία. Αυτός ο αριθμός μητρώου εμφανίζεται μεν στο φάκελο του κάθε

αλλοδαπού στο ασφαλιστικό ταμείο, αλλά δεν υπάρχει ηλεκτρονικά καταχωρημένος. (Μαράτου-Αλιπράντη, 2005)

Αν και οι αλλοδαποί αμείβονται λιγότερο από τους Έλληνες, συνεισφέρουν περισσότερο στο ελληνικό σύστημα υγείας –πρόνοιας. Επομένως, αν αυξηθεί το επίπεδο των εισφορών, αυτές θα συσχετισθούν με την αύξηση των μισθών. Ο αριθμός των δηλωμένων ημερών εργασίας φαίνεται επίσης ιδιαίτερα χαμηλός για τους αλλοδαπούς. Συνεπώς είναι πιθανόν να βρισκόμαστε αντιμέτωποι με το φαινόμενο όπου οι χαμηλόμισθοι προτιμούν (σε συμφωνία με τον εργοδότη τους) να μην δηλώνουν τις πραγματικές ημέρες εργασίας, ώστε να κερδίζουν λίγο περισσότερα χρήματα βραχυπρόθεσμα, ακόμα κι αν αυτό σημαίνει ότι δεν θα διαθέτουν ασφάλεια –σύνταξη– στο μέλλον. (Μαράτου-Αλιπράντη, 2005)

## **2.2. ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Η ιστορία της υποδοχής μεταναστών στην Ελλάδα και η εμπειρία στη διαχείριση αυτού του φαινομένου είναι πολύ πρόσφατη. Μόλις την τελευταία δεκαετία του 20<sup>ου</sup> αιώνα, που συμπίπτει με το τέλος του ψυχρού πολέμου, η Ελλάδα μετατράπηκε από χώρα αποστολής μεταναστών σε τόπο προορισμού για χιλιάδες ανθρώπους άλλων χωρών που καταφθάνουν σωρηδόν και κατά κανόνα παράνομα, στη χώρα μας. Παρόμοιο φαινόμενο, υπήρξαν και οι Έλληνες όταν πριν από μερικές δεκαετίες, μαζικά άφηναν πίσω τους την πατρίδα τους για να πάνε σε άλλες χώρες και ενίσχυαν τις αγορές εργασίας χωρών όπως η Γερμανία, η Αμερική, ο Καναδάς και η Αυστραλία. Η διαφορά με τους σημερινούς μετανάστες που έρχονται στην Ελλάδα, είναι πως στο μεγαλύτερο μέρος τους έρχονται απρόσκλητοι και ελλείπει νομίμου οδού, διαβαίνουν κρυφά τα σύνορα. (Βεϊκού, 1998)

Είναι γεγονός ότι σε μεγάλο βαθμό οι απόψεις για τη μετανάστευση βασίζονται σε καλά εδραιωμένες προκαταλήψεις για τους μετανάστες. Είναι, λοιπόν, απαραίτητο, στη πορεία διαμόρφωσης μιας κοινής ευρωπαϊκής μεταναστευτικής

πολιτικής, να καταρριφθούν οι προκαταλήψεις και να εντοπιστεί ο πραγματικός ρόλος της μετανάστευσης σε μια κοινωνία. Για πολλούς Έλληνες η μετανάστευση είναι συνδεδεμένη με την περιθωριακή διαβίωση και την εγκληματικότητα. Μέχρι τον ερχομό των πρώτων μεταναστευτικών κυμάτων, οι πολίτες δήλωναν με περηφάνια ότι η Ελλάδα ήταν η χώρα του Ξενίου Διός λόγω της φιλοξενίας της. Εντούτοις, με την άφιξη των πρώτων χιλιάδων μεταναστών τα αισθήματα άλλαξαν άρδην και όλοι οι φόβοι και οι ανασφάλειες βγήκαν στην επιφάνεια (Βούλγαρης et al., 1995). Ακραίες περιπτώσεις ξενοφοβίας και ρατσιστικής βίας καταγράφηκαν κατά την τελευταία δεκαετία.

Δύο χρόνια πριν, η εφημερίδα *Le Monde Diplomatique* έγραφε για τη στάση ορισμένων Ελλήνων αγροτών οι οποίοι θυμωμένοι από τις μαζικές συλλήψεις και απελάσεις παρανόμων μεταναστών εκείνων των ημερών έκαναν διάβημα διαμαρτυρίας προς την κυβέρνηση να σταματήσει τις επιχειρήσεις “σκούπα,” υποσχόμενοι ότι οι ίδιοι θα οδηγήσουν τους μετανάστες στα σύνορα μετά την ολοκλήρωση της συγκομιδής των αγροτικών προϊόντων. Προφανώς οι αγρότες δηλώνουν ότι δεν μπορούν να ζήσουν χωρίς τη φθηνή εργασία των μεταναστών, αλλά η ανθρωπιστική πλευρά του θέματος είναι ένα γεγονός που τους αφήνει αδιάφορους. Το φαινόμενο ασφαλώς δεν αφορά αποκλειστικά τους Έλληνες αγρότες. Το ίδιο ομορτοουνιστικά σκέπτονται και πράττουν, για παράδειγμα, και οι Ισπανοί του Ελ Εχίντο.

Μια άλλη σημαντική προκατάληψη αφορά στο θέμα της ανεργίας και το κατά πόσο σχετίζεται με τους μετανάστες. Σύμφωνα με τους περισσότερους μελετητές και τις εμπειρίες χωρών με μακρά ιστορία μεταναστών, όχι μόνο δεν ευθύνεται για την ανεργία η μετανάστευση, αλλά αντιθέτως αποτελεί ένα θετικό παράγοντα στην οικονομία και συμβάλλει στη δημιουργία θέσεων απασχόλησης, αφού οι μετανάστες αναλαμβάνουν εργασίες που συνήθως έχουν εγκαταλειφθεί από τους ντόπιους. Είναι γνωστό ότι στην Ελλάδα πολλές μικρές και μεσαίες επιχειρήσεις διασώθηκαν χάρη στη δουλειά των μεταναστών, ενώ η οικονομία ολόκληρων εγκαταλελειμμένων περιοχών και νησιών τονώθηκε. Η Ελλάδα γνώρισε τη μεγαλύτερη οικονομική

ανάπτυξη της ιστορίας της στη δεκαετία του 1990, ταυτόχρονα με την είσοδο χιλιάδων μεταναστών.

Η ελληνική κυβέρνηση σήμερα, επιδιώκει την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ενσωμάτωση των μεταναστών που ήδη βρίσκονται στο Ελληνικό έδαφος ή που εισέρχονται στη χώρα δια της νομίμου οδού. Με άλλα λόγια ενώ στο παρελθόν στόχος ήταν η ανάπτυξη μιας πολυπολιτισμικής κοινωνίας, τώρα τα κράτη επιδιώκουν να ενσωματώσουν τις κοινότητες των μεταναστών. Χαρακτηριστική είναι η έμφαση που αποδίδεται στην εκμάθηση της γλώσσας της χώρας υποδοχής. Αυτό που απαιτείται είναι ο προσδιορισμός του σημείου ισορροπίας μεταξύ του δικαιώματος των κοινοτήτων των μεταναστών να διατηρήσουν την ιδιαιτερότητά τους και τα πολιτισμικά τους χαρακτηριστικά, αλλά ταυτόχρονα και του δικαιώματος της κοινωνίας της χώρας υποδοχής να επιτύχει όσο το δυνατόν μεγαλύτερη οικονομική και κοινωνική συνοχή. (Βεΐκου, 1998)

### **2.3.ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ**

Όπως έχει ήδη αναφερθεί , τον εικοστό αιώνα η Ελλάδα έγινε πόλος έλξης ξένων μεταναστών – προσφύγων. Το 1976, περίπου 3.000 ιρακινοί Χριστιανοί ασσυριακής καταγωγής μεταφέρθηκαν από τον Λίβανο στην Ελλάδα, απ' όπου αναχώρησαν για μετεγκατάσταση σε τρίτες χώρες. Τον Ιούλιο του 1979, η Ελλάδα προσέφερε μόνιμη εγκατάσταση σε 200 Βιετναμέζους. όμως, από τη δεκαετία του 1980 αρχίζει να εισέρχεται μεγάλος αριθμός προσφύγων αιτούντων άσυλο από την Τουρκία, την Πολωνία, το Ιράν, την Αιθιοπία και διάφορες χώρες της Μέσης Ανατολής. Ο αριθμός αυτός ήταν ιδιαίτερα αυξημένος τα έτη 1987 και 1988. Από το 1992, οι περισσότεροι αιτούντες άσυλο στην Ελλάδα προέρχονται από το Ιράκ, το Ιράν και την Τουρκία. Από το 1998-99 υπήρξε αύξηση αιτούντων άσυλο στην Ελλάδα, οι οποίοι κατά κύριο λόγο προέρχονταν από το Αφγανιστάν και τη Σιέρρα Λεόνε. Κατά τη

διάρκεια του 2001, ο μέσος όρος των νέων αιτούντων άσυλο που καταγράφηκαν από τις ελληνικές αρχές ήταν 460 το μήνα. (Υπατη Αρμοστεία ΟΗΕ για Πρόσφυγες, 2002)

Στο τέλος του 2001 στην Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Δημόσιας Τάξης, ο συνολικός αριθμός των προσφύγων άγγιζε τα 7.000 άτομα. Ο αριθμός αυτός αντιπροσωπεύει τον αριθμό των ατόμων στους οποίους έχει αναγνωρισθεί η προσφυγική ιδιότητα στην Ελλάδα από το 1980. Κατά τα έτη 1997-2001, το μεγαλύτερο ποσοστό των προσφύγων που τους χορηγήθηκε άσυλο προέρχονταν από το Ιράκ, το Αφγανιστάν, την Τουρκία και το Ιράν, ενώ το 2000 και το 2001 υπήρξε αύξηση και των προερχόμενων από το Πακιστάν, χώρες τις οποίες αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν επειδή διακινδυνεύονταν η ελευθερία και η ζωή τους. Πιο αναλυτικά, το 2001, το 35,86% προέρχονταν από το Ιράκ, το 26,53% από το Αφγανιστάν και το 14,55% από την Τουρκία. Επίσης, άξιο προσοχής είναι το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των προερχόμενων από τις παραπάνω χώρες είναι κουρδικής καταγωγής, όπως αυτό φαίνεται από τα στοιχεία του πρώτου τριμήνου του 2002. Συγκεκριμένα, επί του συνόλου των αιτήσεων για τη χορήγηση ασύλου (711), οι κουρδικής καταγωγής ήταν 381 άτομα (53,6%). Οι στατιστικές πληροφορίες της Υπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες που αφορούν την περίοδο 2000 - 2001, αφενός δείχνουν μια αύξηση του αριθμού των αιτήσεων για χορήγηση ασύλου, αφετέρου όμως παρατηρείται μια σαφή κάμψη του αριθμού των αναγνωρίσεων. (Υπατη Αρμοστεία ΟΗΕ για Πρόσφυγες, 2002)

#### **2.4.ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΤΟΥ 2001**

Στην Ελλάδα σύμφωνα με την απογραφή του 2001, καταγράφονται 762.191 μετανάστες (ήτοι το 7% του συνολικού πληθυσμού). Το 80% των μεταναστών βρίσκεται στην παραγωγική ηλικία, ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 17% είναι ηλικίας 0-14 ετών. Οι μετανάστες συμμετέχουν κατά 9,5% στη συνολική απασχόληση της χώρας. Ταυτόχρονα, το 90% των μεταναστών που εργάζονται είναι μισθωτοί. Οι

μετανάστες απασχολούνται κυρίως ως ανειδίκευτοι εργάτες, χειρώνακτες και μικροεπαγγελματίες (37%), τεχνίτες (27%), στην παροχή υπηρεσιών και ως πωλητές σε καταστήματα και υπαίθριες αγορές (10,4%) αλλά και ως ειδικευμένοι γεωργοί-κτηνοτρόφοι (7%). Τα παραπάνω στοιχεία σκιαγραφούν μια συνολική εικόνα για τον αριθμό των μεταναστών και την επαγγελματική ταξινόμηση της απασχόλησής τους στην Ελλάδα (Σταμάτης, 2005).

Η μετανάστευση παρουσιάζεται συνεπώς ως ένα δυνητικό κανάλι για την αντιμετώπιση των ευρύτερων κοινωνικοοικονομικών επιπτώσεων που προκύπτουν από τη συρρίκνωση του γηγενή ευρωπαϊκού εργατικού δυναμικού.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των μεταναστών έχει συγκεντρωθεί στο νομό Αττικής, το οποίο ανέρχεται στο 44,3% του συνόλου των αλλοδαπών. Όσον αφορά τις υπόλοιπες περιφέρειες η δεύτερη πιο σημαντική από άποψη συγκέντρωσης αλλοδαπών είναι η Κεντρική Μακεδονία με ποσοστό που ανέρχεται στο 15%. Ακολουθούν η περιφέρεια Πελοποννήσου (6,7%) και Στερεάς Ελλάδος (6,5%). Τελευταία στην κατάταξη εμφανίζεται η περιφέρεια Β. Αιγαίου (0,9%), ενώ ακολουθεί η περιφέρεια Ηπείρου (1,5%). (Σταμάτης, 2005)

Και οι δυο περιφέρειες που προαναφέρθηκαν διακρίνονται τόσο για την γεωγραφική τους μορφολογία, όσο και για την οικονομική τους υστέρηση. Εξετάζοντας την κατανομή ανά φύλο, παρατηρούμε την υπεροχή του γυναικείου μεταναστευτικού πληθυσμού (56,2%), έναντι του αντρικού (39,8%) στην περιφέρεια Αττικής. Στις υπόλοιπες περιφέρειες η παρουσία των αλλοδαπών γυναικών είναι εξαιρετικά μικρή με μοναδική εξαίρεση, την περιφέρεια της Κεντρικής Μακεδονίας όπου το ποσοστό ανέρχεται στο 11,4%. Στους άνδρες αντίθετα, παρατηρούμε υψηλά ποσοστά συγκέντρωσης κυρίως στις περιφέρειες της Μακεδονίας (16,3%), της Στερεάς Ελλάδας (7,4%) και της Θεσσαλίας (7,2%). (Σταμάτης, 2005)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ

Η αθρόα εισροή ξένων μεταναστών, νομίμων και μη, οδηγεί στην εθνογραφική αλλοίωση των χωρών υποδοχής, αλλά και την ίδια στιγμή δημιουργεί νέα οικονομικά δεδομένα, αφού οι μετανάστες συμβάλουν ποικιλοτρόπως στις οικονομίες των χωρών εγκατάστασης. Συμμετέχοντας στην παραγωγική διαδικασία, στην κατανάλωση και σε άλλα πεδία της κοινωνικής ζωής, οι μετανάστες δημιουργούν νέες συνθήκες ζήτησης και προσφοράς, ενώ τείνουν να καλύπτουν θέσεις εργασίας που δεν καλύπτονται από το ντόπιο ενεργό οικονομικά πληθυσμό. Συμβάλλουν σημαντικά στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης αφού οι μετανάστες αποτελούν μια σημαντική μερίδα των μισθωτών, με μικρότερο σχετικά μέσο δείκτη ανεργίας και ταυτόχρονα συνθέτουν μια από τις νεώτερες ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού. Η Ελλάδα αποτελεί μια χαρακτηριστική περίπτωση, η οποία, λόγω της ελληνικής μετανάστευσης σε άλλες χώρες, αντιμετωπίζει έντονα προβλήματα υπογεννητικότητας του γηγενούς πληθυσμού, καθώς ο δείκτης γεννητικότητας έχει πέσει κάτω του κρίσιμου ορίου του 2,1, που εξασφαλίζει οριακά την αριθμητική συνέχεια του πληθυσμού.

Οι μετανάστες προσπαθούν να ζήσουν και να εργαστούν στην Ελλάδα, χωρίς κανένα είδος ασφάλισης, νόμιμους τίτλους ή κοινωνική και υγειονομική προστασία, μένοντας ακάλυπτοι σε οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας και έχοντας ταυτόχρονα να αντιμετωπίσουν την διαρκώς διευρυνόμενη δυσπιστία, επιφύλαξη και σε μερικές περιπτώσεις εχθρότητα της Ελληνικής κοινωνίας που για πρώτη φορά βρίσκεται αντιμέτωπη με τους «Ξένους», τους «Άλλους». (Γιατροί χωρίς σύνορα, 2006)

Η δυνατότητα εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης, συμπεριλαμβανομένης και της εκμάθησης γλώσσας, καθώς και η πρόσβαση στην υγεία, την κοινωνική ασφάλιση και τη στέγαση, είναι όλα στοιχεία κρίσιμης σημασίας

για τους μετανάστες και τις οικογένειές τους. Στον τομέα αυτό, οι δημόσιες αρχές σε όλα τα επίπεδα μπορούν να παίξουν έναν ιδιαίτερα σπουδαίο ρόλο για τη διασφάλιση των θεμελιωδών δικαιωμάτων. (Βήχος Π., 2003)

Η πολιτεία αλλά και οι πολίτες οφείλουν να περιβάλλουν τους πρόσφυγες και οικονομικούς μετανάστες που ζουν και εργάζονται στην Ελλάδα, με ιδιαίτερη αλληλεγγύη. Οι περισσότεροι από αυτούς ζουν υπό ακατάλληλες συνθήκες ενώ εργάζονται σε βαριές δουλειές, με σκληρά ωράρια και χωρίς ασφάλιση ή παραμένουν άνεργοι επί μεγάλο διάστημα. Συχνά έχουν δυσκολία με τη γλώσσα, ενώ έρχονται αντιμέτωποι με φαινόμενα ρατσισμού, είτε των αρχών, είτε του ντόπιου πληθυσμού. Οι ανάγκες τους για ιατρική φροντίδα είναι σαφώς αυξημένες, αλλά η πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας είναι περιορισμένη. (Γιατροί χωρίς σύνορα, 2006)

Επιπλέον λόγω του δυσμενούς πλαισίου διαβίωσης, αλλά και του ξεριζωμού από τα πάτρια εδάφη και της απώλειας αγαπημένων ανθρώπων, αντιμετωπίζουν συχνά ψυχολογικά προβλήματα, προβλήματα αλκοολισμού κ.α., με αποτέλεσμα την επιδείνωση της υγείας τους. Δεν θα πρέπει να παραβλεφθεί το γεγονός ότι η μετανάστευση αυτών των ανθρώπων δεν ήταν ελεύθερη επιλογή, αλλά η μοναδική διέξοδος επιβίωσης. Οι πρόσφυγες και οι οικονομικοί μετανάστες είναι πλέον ενεργό κομμάτι της ελληνικής κοινωνίας και πέρα από τα εργασιακά και ασφαλιστικά τους δικαιώματα η διαφύλαξη της υγείας τους είναι ευθύνη της εκάστοτε κοινωνίας που τους υποδέχεται. (Γιατροί χωρίς σύνορα, 2006)

Παρά την ύπαρξη των θεμελιωδών δικαιωμάτων, το κράτος επιτρέπει την εισαγωγή μεταναστών ως φτηνού εργατικού δυναμικού για υπερεκμετάλλευση, ως σύγχρονων σκλάβων, και κατόπιν αδιαφορεί για την τύχη τους εγκαταλείποντας τη φροντίδα τους στον «εθελοντισμό» ορισμένων πολιτών. Το εκάστοτε κράτος έχει την υποχρέωση να μεριμνήσει και για τις συνθήκες της εργασίας και της διαμονής των μεταναστών του, την εκπαίδευση των παιδιών τους κλπ.

Γι' αυτό και ανέκυψε η ανάγκη διαμόρφωσης ενός θεσμικού πλαισίου που θα λειτουργούσε προστατευτικά για το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο και θα συνέβαλε στην ομαλή ενσωμάτωση του αλλοδαπού πληθυσμού.

Στα πλαίσια αυτής της προσπάθειας το 1997 η ελληνική κυβέρνηση προχώρησε στην έκδοση δυο προεδρικών διαταγμάτων, ενώ το 2001 ψηφίστηκε ο νέος μεταναστευτικός νόμος (Ν.2910/2001) και τον Μάιο του 2002 έγιναν κάποιες τροποποιήσεις και συμπληρώσεις του. (Τζωρτζοπούλου, 2002)

Ο νόμος αυτός είχε διττό στόχο. Αφενός, να προχωρήσει στην πραγματοποίηση ενός δεύτερου προγράμματος νομιμοποίησης για να αντιμετωπίσει βραχυπρόθεσμα το φαινόμενο της παράνομης μετανάστευσης στη χώρα, αφετέρου να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για μια μεσοπρόθεσμη τουλάχιστον ρύθμιση του φαινομένου, συμπεριλαμβάνοντας στις διατάξεις του τόσο θέματα ελέγχου των συνόρων, όσο και τις προϋποθέσεις για την είσοδο αλλοδαπών στην Ελλάδα με σκοπό την εργασία ή τις σπουδές καθώς τελικά και θέματα πολιτογράφησης αλλοδαπών που κατοικούν στη χώρα. (Τζωρτζοπούλου, 2002)

Περίπου 370.000 μετανάστες υπέβαλλαν τα χαρτιά τους στα πλαίσια του νέου προγράμματος νομιμοποίησης. Αν και η εφαρμογή του προγράμματος είχε σχεδιαστεί αποκεντρωτικά –μέσω των φορέων τοπικής αυτοδιοίκησης – τελικά υπέφερε από σοβαρότατα προβλήματα ανεπαρκούς υποδομής και προετοιμασίας, όπως άλλωστε και το πρώτο πρόγραμμα. Τα αρμόδια γραφεία παραλαβής και επεξεργασίας των αιτήσεων ήταν ελάχιστα και με ελάχιστους υπαλλήλους σε σχέση με τον όγκο των αιτήσεων – ιδιαίτερα στην ευρύτερη περιοχή της πρωτεύουσας.

Ο νόμος αναθεωρήθηκε το 2002, μετά από παρέμβαση μεταξύ άλλων και του Συνηγόρου του Πολίτη και οι προθεσμίες υποβολής αιτήσεων και δικαιολογητικών επιμηκύνθηκαν. Η ανεπάρκεια των διοικητικών πόρων για την εφαρμογή του προγράμματος συνεχίστηκε παρόλα αυτά, γιατί οι άδειες διαμονής και εργασίας δίνονταν συνήθως για ένα μόνον χρόνο. Λίγο δηλαδή μετά την ολοκλήρωση της

διαδικασίας απόκτησης της άδειας, ο μετανάστης καλούνταν να υποβάλλει εκ νέου τα χαρτιά του/της για την ανανέωση της. (Τζωρτζοπούλου, 2002)

Τον Ιανουάριο του 2004 η κυβέρνηση αποφάσισε να χορηγεί άδειες διαμονής για δύο συνεχή χρόνια (νόμος 3202/2004) ελαφρύνοντας έτσι τον φόρτο εργασίας για την δημόσια διοίκηση και διευκολύνοντας τους μετανάστες. Ο νόμος 2910/2001 καθόριζε μια περίπλοκη διοικητική διαδικασία για τη χορήγηση άδειας διαμονής με σκοπό την εργασία ή τις σπουδές. Όσον αφορά στην εξαρτημένη εργασία, η ρύθμιση των μεταναστευτικών εισροών βασιζόταν στον προγραμματισμό από τον ΟΑΕΔ των αναγκών της εγχώριας αγοράς εργασίας στο τελευταίο τρίμηνο κάθε έτους (άρθρο 19). Η διαδικασία που προέβλεπε ο νόμος είναι με συντομία η εξής: “Ο ΟΑΕΔ διαπιστώνει την ανάγκη εργατικών χεριών σε τάδε τομείς σε τάδε περιοχές και αποστέλλει τα σχετικά στοιχεία στις ελληνικές προξενικές αρχές (γραφεία εργασίας που θα συσταθούν εκεί). Οι εκεί αλλοδαποί εκδηλώνουν το ενδιαφέρον τους με αίτηση τους στις προξενικές αρχές και εγγράφονται σε σχετικούς καταλόγους. Παράλληλα, οι Έλληνες εργοδότες εκδηλώνουν και αυτοί το ενδιαφέρον τους για να προσλάβουν αλλοδαπούς εργαζόμενους με αίτηση τους στη νομαρχία. Ο εργοδότης επιλέγει ονομαστικά από τις καταστάσεις των ενδιαφερομένων που στο μεταξύ έχουν αποστείλει οι προξενικές αρχές. Η νομαρχία υπό ορισμένες προϋποθέσεις εκδίδει και αποστέλλει την άδεια εργασίας για το συγκεκριμένο αλλοδαπό στη χώρα προέλευσης του/της. Τότε ο/η αλλοδαπός παίρνει θεώρηση εισόδου (visa) και με την άφιξη του/της στην Ελλάδα υποβάλλει νέα σειρά δικαιολογητικών για να λάβει την άδεια διαμονής.” (Τζωρτζοπούλου, 2002)

Παρόμοια ήταν η διαδικασία για την λήψη άδειας διαμονής με σκοπό τις σπουδές. Το υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων καθόριζε κάθε χρόνο τον αριθμό αλλοδαπών σπουδαστών κατά σχολή και κλάδο που μπορούν να εισέλθουν στην Ελλάδα για σπουδές. Με βάση τη σχετική έκθεση του υπουργείου, οι ενδιαφερόμενοι έκαναν αίτηση για θεώρηση εισόδου στα κατά τόπους προξενεία και ακολουθούσαν μια διαδικασία παρόμοια με αυτήν που περιγράφηκε πιο πάνω..

Αν και η διαδικασία στις δύο περιπτώσεις διέφερε ως προς τα συγκεκριμένα δικαιολογητικά που οι ενδιαφερόμενοι έπρεπε να προσκομίσουν, η λογική της ήταν ίδια. Είναι προφανές ότι η παραπάνω διαδικασία αν και απόλυτα λογική, στηριζόταν σε μια σειρά διοικητικών πράξεων που θεωρούνται χρονοβόρες και πολυδάπανες για όλους (ελληνικό δημόσιο, προξενικές αρχές, Έλληνας εργοδότης και αλλοδαπός εργαζόμενος). Επιπλέον ο συντονισμός της όλης διαδικασίας ήταν ανέφικτος γιατί στηρίζεται σε μια σειρά από παραδοχές (ότι όλα τα βήματα θα πραγματοποιηθούν σωστά και σε σύντομο χρόνο) που δεν είναι ρεαλιστικές. Ο νόμος έδινε έμφαση στον νομότυπο χαρακτήρα της διαδικασίας και παραμελούσε την ουσία: Δηλαδή, τις ανάγκες της εγχώριας αγοράς εργασίας, και τη σημασία πλήρωσης κενών θέσεων σε ικανό χρόνο για να διατηρηθεί η βιωσιμότητα και ανταγωνιστικότητα των επιχειρήσεων. (Τζωρτζοπούλου, 2002)

Πράγματι, μολονότι η κατάσταση βελτιώθηκε σταδιακά από το 2001, η έκδοση αδειών διαμονής εξακολουθεί ακόμα και σήμερα (Ιούλιος 2009) να καθυστερεί πολλούς μήνες. Στην πράξη οι αλλοδαποί συχνά λαμβάνουν την άδεια τους αφού η διάρκεια ισχύος της έχει ήδη λήξει. Καταθέτουν δηλαδή την αίτηση για ανανέωση της είτε μόλις τη λάβουν είτε πριν ακόμα την πάρουν στα χέρια τους. Η κατάσταση αυτή οδηγεί σε αθέλητη παρανομία πολλών αλλοδαπών που επιθυμούν και πληρούν τις προϋποθέσεις νόμιμης διαμονής αφού στην ουσία κυκλοφορούν συνεχώς με μοναδικό στοιχείο την απόδειξη αίτησης έκδοσης ή ανανέωσης της άδειας διαμονής τους και όχι την ίδια την άδεια διαμονής. Επιπλέον η κατάσταση αυτή αντιβαίνει τους κανόνες της δίκαιης δημόσιας διοίκησης αφού οι αλλοδαποί καταβάλλουν ένα αρκετά υψηλό παράβολο για την έκδοση/ανανέωση της άδειας τους, την οποία στην ουσία δεν 'απολαμβάνουν' ποτέ λόγω των τεράστιων χρονικών καθυστερήσεων. (Τζωρτζοπούλου, 2002)

Πολιτικές διαχείρισης της μεταναστευτικής εργασίας όπως αυτή είναι τελείως αναποτελεσματικές στο ελληνικό περιβάλλον. Σε οικονομίες όπως η ελληνική, όπου η απασχόληση μεταναστών γίνεται σε μικρομεσαίες επιχειρήσεις, μικρές οικογενειακές επιχειρήσεις και νοικοκυριά, η συνάντηση προσφοράς και ζήτησης γίνεται μέσα από

τα κοινωνικά δίκτυα και τις προσωπικές γνωριμίες. Είναι επομένως, σχεδόν αδύνατο για τους μετανάστες και για τους ενδιαφερόμενους εργοδότες/τριες τους να ακολουθήσουν τη νόμιμη διαδικασία που περιγράφηκε παραπάνω. Το αποτέλεσμα είναι τα άτυπα δίκτυα μετανάστευσης να συνεχίζουν τη δράση τους, οι μετανάστες να εξακολουθούν να έρχονται στην Ελλάδα παράνομα, αυτοί που μένουν ήδη στη χώρα να συνεχίζουν να ζουν και να εργάζονται εδώ με ή χωρίς ανανεωμένες άδειες και τελικά οι αρμόδιες κρατικές αρχές να αδυνατούν να ελέγξουν την μετανάστευση.

Παράλληλα με την προσπάθεια νομιμοποίησης των μεταναστών το 2001, και τις παραπάνω ρυθμίσεις, η κυβέρνηση εκπόνησε ένα τριετές σχέδιο δράσης για την κοινωνική τους ένταξη (2002-2005) με τη στήριξη του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Το σχέδιο αυτό περιλαμβάνει μέτρα για την ένταξη των μεταναστών στην αγορά εργασίας, την παροχή περίθαλψης και υγείας και γενικά την εφαρμογή μέτρων για την καταπολέμηση του ρατσισμού και της ξеноφοβίας στην ελληνική κοινωνία. (Τζωρτζοπούλου, 2002)

Πρόσφατα, (Αύγουστος 2005) η κυβέρνηση ψήφισε ένα νέο νόμο (ν. 3386/2005 με αριθμό ΦΕΚ Α212) που ρυθμίζει θέματα μετανάστευσης και ενσωματώνει στην εθνική έννομη τάξη τις Οδηγίες 2003/86/ΕΚ (σχετικά με το δικαίωμα της οικογενειακής επανένωσης) και 2003/109/ΕΚ (σχετικά με το καθεστώς των επί μακρῶς διαμενόντων).

Ο νόμος 3386/2005 με τίτλο «Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική επικράτεια» ψηφίστηκε στις 23 Αυγούστου 2005.

Προαναγγέλλει ένα τρίτο πρόγραμμα νομιμοποίησης και ορίζει τις νέες προϋποθέσεις για την απόκτηση άδειας παραμονής. Στην εισηγητική Έκθεση του Νόμου αναφέρεται ότι μέσω αυτού επιδιώκεται η κάλυψη των κενών και τονίζονται μεταξύ άλλων οι εξής επιδιώξεις:

- η ανάληψη μιας «στρατηγικής πρωτοβουλίας ως προς την διαχείριση της μεταναστευτικής ροής»,

- η θεσμοθέτηση των κατάλληλων εγγυήσεων «ώστε ν' αποφευχθούν τα φαινόμενα ανεξέλεγκτης εισόδου και εξόδου αλλοδαπών στην Χώρα», μέσα από την εντατικοποίηση των ελέγχων
- η χορήγηση της δυνατότητας οριστικής καταγραφής των παρανόμως διαμενόντων , και
- η πρόβλεψη βασικών αρχών για την κοινωνική ένταξη των μεταναστών.

### **3.1.ΝΟΜΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΔΑΠΟΥΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Τον Ιούλιο του 2003, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων, εξέδωσε μία απόφαση με την οποία σκληραίνει τους νόμους που αφορούν την ιατρική περίθαλψη αλλοδαπών. Με βάση την παραπάνω απόφαση, τα κρατικά νοσοκομεία πρέπει να αρνούνται να προσφέρουν ιατρική περίθαλψη, με εξαίρεση την περίθαλψη για επείγοντα περιστατικά, σε λαθρομετανάστες στην Ελλάδα. Οι υπέρμαχοι των ανθρωπίνων δικαιωμάτων χαρακτήρισαν αυτή την κίνηση ως άλλη μία «σκληρή» και «ρατσιστική» μεταναστευτική πολιτική της κυβέρνησης. Υποστηρίζουν ότι μια τέτοια τακτική επιβαρύνει πολύ τις εκατοντάδες χιλιάδες λαθρομεταναστών, μεταξύ των οποίων ολόκληρες οικογένειες με μικρά παιδιά. (Τζιλιβάκη, 2000)

Ο τότε Υπουργός Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων, δικαιολόγησε την απόφαση του Υπουργείου του στη βάση ότι η ιατρική περίθαλψη των λαθρομεταναστών κοστίζει στο κράτος εκατομμύρια ευρώ κάθε χρόνο. (Τζιλιβάκη, 2000)

Σύμφωνα με την προαναφερθείσα εγκύκλιο, οι γιατροί στα κρατικά νοσοκομεία πρέπει να αρνούνται κάθε υγειονομική μέριμνα, εκτός εκτάκτων περιστατικών, και να αναφέρουν το γεγονός στην αστυνομία όταν κάποιος λαθρομετανάστης ζητά οποιοδήποτε είδους ιατρική φροντίδα. Μια τέτοια πολιτική, προειδοποίησαν οι υπέρμαχοι των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, θα αποθάρρυνε τους λαθρομετανάστες να ζητήσουν οποιαδήποτε ιατρική φροντίδα, λόγω του φόβου ότι οι γιατροί θα τους

απέκρουαν ή θα τους κατέδιδαν στην αστυνομία. Όσοι είναι άρρωστοι θα αγνοούσαν τα συμπτώματα μέχρι να είναι πολύ αργά, ενώ σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να αποτελούσαν και κίνδυνο για τη δημόσια υγεία. (Γιατροί χωρίς σύνορα, 2006).

Η εγκύκλιος διαιρεί τους αλλοδαπούς που βρίσκονται στην Ελλάδα σε νόμιμους και μη νόμιμους. Στους νόμιμους επιτρέπει την περίθαλψη και για «τακτικά περιστατικά» εφόσον πληρώσουν και μάλιστα με προκαταβολή 50% του «εκτιμώμενου κόστους». Στους μη νόμιμους όμως δεν δίνει αυτήν τη δυνατότητα. Αντίθετα, υποχρεώνει τα νοσοκομεία να καλούν την αστυνομία. Η δημόσια υγεία όμως δεν είναι εφικτό να υπάγεται σε κανόνες αστυνόμευσης. Στηρίζεται πρωτίστως στην περίθαλψη και έως τώρα το χαλαρό σύστημα ανοχής, που επέτρεπε την περίθαλψη των μεταναστών, αποδείχθηκε ιδιαίτερα σημαντικό. (Νανούρης Δ., 2003)

Οι ανισότητες της υγείας που παρατηρούνται ανάμεσα στις διαφορετικές κοινωνικές και οικονομικές ομάδες του πληθυσμού, σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, ήταν το θέμα της Ευρωπαϊκής Συνάντησης Ειδικών σε θέματα προαγωγής της υγείας, που οργανώθηκε στην Αθήνα. Η συνάντηση οργανώθηκε στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων του Ευρωπαϊκού Δικτύου Φορέων Προαγωγής Υγείας (ΕΝΗΡΑ), όπου την Ελλάδα εκπροσωπεί το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής. (3ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ και ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, 2000)

Σε μία πρόσφατη μελέτη στην Ολλανδία παρατηρήθηκε ότι παιδιά μεταναστών (κυρίως Μαροκινών και Τούρκων) είχαν χειρότερη υγεία απ' ό,τι τα παιδιά των Ολλανδών. Οι πρόσφυγες, κυρίως από το Ιράν και την Τουρκία, σε ποσοστό 78% ανέφεραν προβλήματα σωματικής υγείας, 90% είχαν ψυχολογικά προβλήματα και 97% είχαν κοινωνικά προβλήματα προσαρμογής. Επίσης, στη Σουηδία βρέθηκε ότι οι Λατινο-αμερικανοί πρόσφυγες και οι Νοτιοευρωπαίοι και Φιλανδοί εργάτες ανέφεραν σε μεγαλύτερη συχνότητα ότι υποφέρουν από κάποια νόσο. (Τσιγκρής Α., 2004)



Οι πρόσφυγες που είχαν υποστεί βασανιστήρια στη χώρα τους είχαν πιο πολλά προβλήματα απ' ό,τι οι πρόσφυγες που δεν είχαν βασανιστεί.

Από άλλες μελέτες, φαίνεται ότι οι μετανάστες έχουν χειρότερη στοματική υγεία και μεγαλύτερη συχνότητα αυτοκτονιών. Επίσης, κάποιες έρευνες έδειξαν αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα, αν και τα στοιχεία από κάποιες άλλες μελέτες δεν υποστηρίζουν αυτό το εύρημα. (Τσιγκρής Α., 2004)

Οι παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την υγεία των μεταναστών είναι πολλοί, αν και όχι πλήρως τεκμηριωμένοι. Ανάμεσα σε αυτούς είναι η ανεργία, το στρες στο χώρο εργασίας, οι γάμοι ανάμεσα σε συγγενείς, κληρονομικοί παράγοντες και «εισαγόμενα νοσήματα» από τις χώρες προέλευσης.

Μία από τις βέλτιστες επιλογές είναι να αναπτυχθεί ένα Σχέδιο Δράσης, ούτως ώστε οι δραστηριότητες για την αντιμετώπιση του προβλήματος των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία να εστιαστούν κατάλληλα, να αποφεύγονται οι επαναλήψεις και τα κράτη-μέλη να μπορούν να γίνονται κοινωνοί των διαφόρων εμπειριών καλής πρακτικής. (Τσιγκρής Α., 2004)

Οι στόχοι των διαφόρων παρεμβάσεων πρέπει να αφορούν διάφορα θέματα, όπως η ποιότητα της ζωής, η ψυχοκοινωνική υγεία, η βελτίωση των γνώσεων, η ανάπτυξη του ατόμου και της κοινότητας, η ανάπτυξη υποδομών, καθώς και η συνεργασία σε διάφορους τομείς. Τέλος, θα είναι ζωτικής σημασίας να ενισχυθούν και να υποστηριχθούν οι συνεργασίες ανάμεσα σε ειδικούς της υγείας και άλλους επαγγελματίες, υπηρεσίες και δομές, όπως η κοινωνική πρόνοια. (Τσιγκρής Α., 2004)

Δεδομένου ότι η Ελλάδα οφείλει να μεταχειρίζεται τους μετανάστες όπως μεταχειρίζεται και τους δικούς της πολίτες, πρέπει να παρέχεται δωρεάν ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη σε ανασφάλιστους και άπορους αναγνωρισμένους πρόσφυγες, αιτούντες που θα αναγνωριστούν ως πρόσφυγες και ανθρώπους των

οποίων η μακρά διαμονή οφείλεται σε ανθρωπιστικούς λόγους (ιατρικές, παρακλινικές εξετάσεις, συνταγογράφηση φαρμάκων, νοσοκομειακή περίθαλψη, κ.α.)

Επίσης οι δημόσιες υπηρεσίες, οι φορείς του δημοσίου δικαίου, οι φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης, οι επιχειρήσεις γενικού ενδιαφέροντος και οι οργανώσεις κοινωνικής ασφάλισης απαγορεύονται να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε ξένους που δεν έχουν διαβατήριο ή οποιοδήποτε άλλο ταξιδιωτικό έγγραφο ή θεώρηση εισόδου ή άδεια παραμονής ή γενικά κάποιο έγγραφο που να αποδεικνύει ότι είναι μόνιμοι κάτοικοι της Ελλάδας. Εξάιρεση στην παραπάνω περίπτωση αποτελούν ξένοι και ανήλικα παιδιά που εισάγονται επειγόντως για νοσηλεία. (Τσιγκρής Α., 2004)

Σε περίπτωση μαζικής εισροής παράνομων μεταναστών, μόλις εντοπισθούν από τις αρχές, θα πρέπει να μεταβούν στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες θα προβούν στις ακόλουθες ενέργειες:

Καταγραφή του αριθμού των παράνομων μεταναστών.

Αξιολόγηση της κατάστασής τους, ιατρικός έλεγχος και εξέταση στο χώρο όπου βρίσκονται συγκεντρωμένοι.

Παράλληλα οι υπηρεσίες υγείας θα φροντίσουν ώστε οι πιθανοί ασθενείς να τύχουν φροντίδας και να μεταφερθούν σε κατάλληλες ιατρικές μονάδες. Οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να παρακολουθούν τη φροντίδα υγείας των μεταναστών στα κέντρα προσωρινής παραμονής τους. (Τσιγκρής Α., 2004)

Οι νόμιμοι ασφαλισμένοι μετανάστες έχουν τα ίδια δικαιώματα όπως και οι Έλληνες. Δικαιούνται δηλαδή ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη ανάλογα με τον ασφαλιστικό οργανισμό τους. Το κράτος καλύπτει τα έξοδα των ασφαλισμένων μεταναστών. Σύμφωνα μάλιστα με στατιστικά αποτελέσματα παρατηρείται μείωση του αριθμού των ανασφάλιστων αλλοδαπών σε σύγκριση με τα προηγούμενα χρόνια.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΕΣ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πολιτισμός είναι το «οργανικό σύνολο το οποίο περιλαμβάνει τη γνώση, τις δοξασίες, την τέχνη, τα ήθη, το δίκαιο, τα έθιμα και κάθε επίδοση και συνήθεια, την οποία έχει αποκτήσει ο άνθρωπος ως μέλος της κοινωνίας». Διαφορετικά, μπορεί να οριστεί ως «η συσσωρευμένη δημιουργία του ανθρώπου». Πολλοί όταν μιλούν περί πολιτισμού, εννοούν την μόρφωση και την καλλιέργεια. Ωστόσο, κοινωνικά δεν υπάρχει άτομο ή ομάδα ανθρώπων που να στερείται πολιτισμού, διότι ο πολιτισμός περιλαμβάνει το συσσωρευμένο οργανικό σύνολο τρόπων σκέψευων και δράσεως, που παρουσιάζεται μεταξύ ανθρωπίνων ομάδων, τα δε άτομα μετέχουν κατ' ανάγκη στον πολιτισμό της ομάδας τους (Sealey, 2003)

Επειδή ο άνθρωπος, αντιθέτως προς τα ζώα, επιδιώκει μονίμως να βελτιώνει τη ζωή του ή γενικότερα τον τρόπο διαβίωσης του, είναι αναγκασμένος να προσαρμόζει τον εαυτό του στις μεταβαλλόμενες συνθήκες. Γι' αυτό το λόγο ο άνθρωπος συνεχώς επινοεί νέους τρόπους κάλυψης των αναγκών του, με αποτέλεσμα και ο πολιτισμός του να εμπίπτει σε συνεχείς τροποποιήσεις ή αλλαγές. Με λίγα λόγια, ο πολιτισμός δεν μπορεί να θεωρηθεί στατικός (Sealey, 2003).

Δύο στοιχεία εμπεριέχονται στον πολιτισμό: τα υλικά και τα μη υλικά. Τα υλικά στοιχεία είναι οι κατοικίες, τα είδη ενδυμασίας, τα διάφορα σκεύη και εργαλεία, τα διάφορα επινοήματα, όπως ο άξονας και ο μοχλός, οι υλικές αποτυπώσεις ιδεών, όπως τα βιβλία, πίνακες, αγάλματα, και άλλα. Τα μη υλικά είναι οι ιδέες, οι αντιλήψεις, οι τρόποι σκέψης και δράσης, οι αξίες και οι συναισθηματικές αντιδράσεις, η γλώσσα, η λογοτεχνία, η επιστήμη, το δίκαιο και η θρησκεία.

Γενικά, ο πολιτισμός αναφέρεται στο σύνολο των πεποιθήσεων ενός λαού, των κοινωνικών προσδοκιών, των χαρακτηριστικών της φυλής, των παραδόσεων, της γλώσσας και της θρησκείας. Οι αρχές, οι αξίες και οι πεποιθήσεις του πολιτισμού περνούν από γενεά σε γενεά. Οι αρχές και οι αξίες του ατόμου που παραδίδονται ή διδάσκονται σε κάθε πολιτισμό επηρεάζουν τις σχέσεις του με άλλους ανθρώπους διαφορετικού πολιτισμού. Επίσης, επηρεάζουν την άποψη που έχει για τον εαυτό του, για τους άλλους ανθρώπους και για τον κόσμο γενικότερα. Η πολιτισμική κατάσταση ενός λαού επηρεάζει την υγεία του αλλά και τη σχέση του με τα φαινόμενα της νόσου και της υγείας και κατ' επέκταση την αποδοχή της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας (Leininger, 2002).

Οι πολιτισμικές αξίες επιδρούν αποφασιστικά στη μορφή και την οργάνωση της ανθρώπινης κοινωνίας, αλλά και στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Ο Mead υποστηρίζει ότι ο πολιτισμός δεν επιδρά μόνο στις τέχνες, στη θρησκεία, στις επιστήμες αλλά και στα τεχνολογικά συστήματα, στις πολιτικές πρακτικές και στις καθημερινές συνήθειες των ανθρώπων.

Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι βιώνουν, αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν σε κάθε περίπτωση τα ζητήματα της υγείας και της ασθένειας εξαρτάται άμεσα από το εκάστοτε πολιτισμικό περιβάλλον και αυτό είναι κατά κύριο λόγο το επίπεδο επίδρασης του πολιτισμού σε σχετικές με την υγεία συμπεριφορές και αντιλήψεις (Leininger, 2002).

Η εξασφάλιση της κατάλληλης παιδείας για να συνεχιστεί η μετάδοση των γνώσεων και των προτύπων συμπεριφοράς από τη μια γενιά στην άλλη, η ύπαρξη τεχνογνωσίας για την παρασκευή φαρμάκων, η ύπαρξη κατάλληλης τεχνικής για το κτίσιμο νοσηλευτικών ιδρυμάτων, η κατάλληλη διάρθρωση της οικονομίας ώστε να εξασφαλίζει τους πόρους για την οργάνωση συστήματος πρόνοιας, καθώς και η προσωπική βούληση για την διασφάλιση και την προαγωγή της υγείας είναι μερικά μόνο παραδείγματα για το πώς ο πολιτισμός επηρεάζει την υγεία. Η διαχείριση των απορριμμάτων, η ύπαρξη και το επίπεδο αρδευτικών και αποχετευτικών συστημάτων

οι μέθοδοι διατήρησης και διακίνησης των τροφίμων και αλλά πολλά αποτελούν μία σειρά ακόμα θεμάτων που επηρεάζουν το επίπεδο της υγείας των ανθρώπων ανά τον πλανήτη (Τούντας, 2001).

Μάλιστα, η ατομική βούληση εξαρτάται κυρίως από τις κυρίαρχες ανθρωπολογικές, ιδεολογικές και φιλοσοφικές αντιλήψεις. Ο φιλοσοφικός στοχασμός ως πνευματικό προϊόν του πολιτισμού είναι μία ερμηνευτική λειτουργία του νου που προσπαθεί να προβάλλει τη σημασία και το νόημα όλων των πραγμάτων και των γνώσεων. Δίνει νόημα στην ύπαρξη του κόσμου, τις πράξεις και τις αποφάσεις μας για τα πιο απλά μέχρι τα πιο σύνθετα ζητήματα.

Η Θρησκευτική πίστη, ως αναπόσπαστο κομμάτι του πολιτισμού, διαδραματίζει στις περισσότερες περιπτώσεις σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της φιλοσοφικής θεώρησης και της στάσης απέναντι στη ζωή και κατά επέκταση στην υγεία. Η κάθε Θρησκεία έχει την δική της διδασκαλία για τον άνθρωπο, τον σκοπό και το νόημα της ύπαρξης, της ζωής και του θανάτου σε βαθμό που αυτές οι θεωρήσεις, σχεδόν πάντα, επεκτείνονται και επιδρούν σε συμπεριφορές και τελετές σχετικές με την υγεία των εκάστοτε πιστών. Η περιοδική ή ισόβια απαγόρευση κάποιων τροφών όπως είναι η αυστηρή χορτοφαγία για τους βουδιστές μοναχούς, η αποχή από το κάπνισμα για τους οπαδούς της προτεσταντικής ομολογίας των «Αντβεντιστών της εβδόμης ημέρας» και η άρνηση μετάγγισης αίματος στους Μάρτυρες του Ιεχωβά αποτελούν χαρακτηριστικά παραδείγματα, αναφορικά με τον τρόπο με τον οποίο η θρησκεία επιδρά στη διαμόρφωση συμπεριφοράς που βλάπτει ή προαγάγει την υγεία (Τούντας, 2001).

#### **4.1. ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ**

Υπάρχουν πολλοί ορισμοί για την πολιτισμική ποικιλομορφία, οι περισσότεροι ωστόσο περιλαμβάνουν σαν κύριο χαρακτηριστικό της, τις διαφορές μεταξύ ατόμων ή μεταξύ ομάδων. Στις διαφορές αυτές περιλαμβάνονται, διαφορές στο φύλο, την

πνευματικότητα, τις βιολογικές / γενετικές καταβολές, την οικονομική κατάσταση και την ηθική, πολιτισμική και εθνική ταυτότητα. Σε πολλούς ορισμούς δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στη διευκρίνηση ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των ανθρώπων και ότι η αναγνώριση της ύπαρξής τους είναι επιτακτική ανάγκη ώστε να καταστεί εφικτό να εξασφαλιστούν ίσες ευκαιρίες για πρόοδο και ανάπτυξη όλων των ανθρώπων. Η ποικιλομορφία μπορεί να εκτείνεται από το βαθμό ελαφρών διαφορών όπως για παράδειγμα αυτές που παρατηρούνται ακόμα και μεταξύ μελών της ίδιας οικογένειας έως σημαντικές διαφορές, όπως αυτές που παρατηρούνται μεταξύ ανθρώπων με διαφορετικές εθνικές, πολιτισμικές, θρησκευτικές ή γεωγραφικές καταβολές. Η διαφορετικότητα σε όλους τους τομείς επηρεάζει τις πρακτικές και τις αντιλήψεις των ατόμων για την υγεία (Cook, 2003) .

Η πολιτισμική ποικιλομορφία αποτελεί ένα ιδιαίτερα επίκαιρο και σημαντικό θέμα για όλους τους ανθρώπους γενικά αλλά και ένα ιδιαίτερα σημαντικό θέμα για τη σύγχρονη Νοσηλευτική ειδικότερα. Όλοι οι άνθρωποι παγκοσμίως έρχονται σε επαφή με άτομα προερχόμενα από διαφορετικές χώρες πολιτισμούς και θρησκείες. Σε κάποιες περιοχές και για λόγους που διαφέρουν κατά περίπτωση επιβάλλεται η συνύπαρξη διαφορετικών πολιτισμών μέσα στο ίδιο κράτος και εντός κοινών συνόρων γεγονός που συχνά οδηγεί ακόμα και σε πολεμικές συγκρούσεις. Αυτό είναι ιδιαίτερα προφανές σε περιοχές όπως η Ιρλανδία, το Ισραήλ, η Βοσνία, η Μέση ανατολή και οι Βαλτικές χώρες και στον πιο σύγχρονο πόλεμο κατά της τρομοκρατίας (Cook, 2003).

Καθώς οι πληθυσμοί ανά τον πλανήτη αλλάζουν και γίνονται όλο και πιο ανομοιογενείς, οι σύγχρονοι νοσηλευτές καλούνται να αντιμετωπίσουν μια νέα πρόκληση, την παροχή φροντίδας υγείας σε ανομοιογενείς πληθυσμούς με μεγάλη ποικιλομορφία και διαφοροποιήσεις στις ανάγκες για φροντίδα υγείας αλλά και στους τρόπους προσέγγισης και επικοινωνίας την ίδια στιγμή που οι ελλείψεις ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού ανά τον πλανήτη αποτελούν ένα ήδη σημαντικό πρόβλημα. Οι ασθενείς / πελάτες απαιτούν εξατομικευμένη και πολιτισμικά ευαίσθητη φροντίδα υγείας και η έρευνα έχει δείξει ότι φροντίδα υγείας

χωρίς σεβασμό στη διαφορετικότητα των ατόμων στερείται ποιότητας και θετικών αποτελεσμάτων. (Cook, 2003)

Ο όρος πολιτισμική διαφορετικότητα χρησιμοποιείται για να περιγράψει και να προσδιορίσει το φαινόμενο της διαφορετικότητας ατόμων ή ομάδων που πηγάζει από διαφορές στην φυλή, την εθνικότητα, την καταγωγή, τη θρησκεία, την ηλικία, το φύλο, την ικανότητα ή την ανικανότητα, την κοινωνική και οικονομική κατάσταση, την εκπαίδευση και άλλους παράγοντες προσδιορισμού ομάδων ατόμων μέσα σε κάθε κοινωνικό σύνολο (Andrews & Boyle, 2001). Ασφαλώς, κάποιες συνήθειες στα πλαίσια του πολιτισμικού περιβάλλοντος ευθύνονται για την συχνότητα κάποιων νοσημάτων. Για παράδειγμα, έρευνα που έγινε σε γυναικείο πληθυσμό της Υεμένης<sup>1</sup>, απέδειξε ότι τα παραδοσιακά μουσουλμανικά μακριά γυναικεία φορέματα αυξάνουν την συχνότητα της φυματίωσης και της αναιμίας, επειδή ο οργανισμός δεν έρχεται καθόλου σε επαφή με το φως του ήλιου. Σε πολιτισμικά περιβάλλοντα που είναι ανεκτικά στην σεξουαλική ελευθεριότητα παρατηρείται αύξηση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και των αμβλώσεων με τις γνωστές δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία της γυναίκας (Giger & Davidhizar, 2000).

Η πολιτισμική διαφορετικότητα όπως έχει ήδη αναφερθεί έχει άμεσες και εμφανείς επιδράσεις στις σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές και κατά επέκταση στην υγεία των ατόμων. Η πολιτισμική διαφορετικότητα αποτελεί μια πρόκληση για τους νοσηλευτές καθώς θέτει πολλά εμπόδια στην παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας και στην επίτευξη των μέγιστων αποτελεσμάτων από αυτήν (Giger & Davidhizar, 2000).

Οι βιολογικές διαφοροποιήσεις από την άλλη μεριά ορίζονται από τους Dossey, Keegan και Guzetta (2000) σαν εκείνες τις διαφορές που καθορίζονται βιολογικά και αναφέρονται:

---

<sup>1</sup> Η Υεμένη είναι ένα αραβικό - ισλαμικό κράτος στα νότια της Αραβικής χερσονήσου,

Στο μέγεθος και τη δομή του σώματος, συμπεριλαμβανομένων και των διαφοροποιήσεων που παρατηρούνται στις οδοντοστοιχίες, τα χαρακτηριστικά του προσώπου και το χρώμα του δέρματος.

Σε αποκλίσεις και ανεπάρκειες που παρατηρούνται στο μεταβολισμό και την ενζυμική παραγωγή και συνεπάγονται αποκλίσεις σε αντιδράσεις, αλληλεπιδράσεις και ευαισθησίες που προκαλούνται από φάρμακα, χημικές ουσίες και τροφές (πχ δυσανεξία στη λακτόζη) (Giger & Davidhizar, 2000).

Στην ευπάθεια σε ασθένειες. Κάποια νοσήματα και καταστάσεις υγείας σχετίζονται περισσότερο με τη φυλή και όχι με την εθνότητα ή την πολιτισμική ταυτότητα. Έτσι η ανεπάρκεια του ενζύμου της λακτάσης, που ευθύνεται για τη μη ανοχή στη λακτόζη, συναντιέται συχνότερα σε άτομα Λατινοαμερικάνικης, Κινεζικής ή Αφρικανικής καταγωγής, η δρεπανοκυτταρική αναιμία είναι συχνότερη σε ανθρώπους μεσογειακής και αφρικανικής καταγωγής και αυτό γιατί το δρεπανοειδές σχήμα του ερυθρού αιμοσφαιρίου χρησίμευσε ως αμυντικός παράγοντας ενάντια στην ελονοσία που ενδημούσε στις περιοχές αυτές, η μεσογειακή αναιμία απαντάται σε άτομα της μεσογειακής, αφρικανικής και ασιατικής καταγωγής, η ουρική αρθρίτιδα συναντάται συχνότερα σε Πορτορικανούς και Φιλιππινέζους και η έλλειψη του ενζύμου G-6- PD που ευθύνεται για την καταστροφή των ερυθροκυττάρων του αίματος μετά την κατανάλωση κάποιων φαρμάκων, όπως είναι η ασπιρίνη, ή τροφών όπως τα κουκιά, πλήττει το 10% των Αφρικανοαμερικανών. Είναι επομένως αναγκαίο για έναν επαγγελματία υγείας παράλληλα με την ικανότητα να αναγνωρίζει την πολιτισμική διαφορετικότητα να γνωρίζει επίσης την ύπαρξη πιθανών βιολογικών διαφοροποιήσεων κατά την παροχή φροντίδας υγείας σε άτομα που προέρχονται από διαφορετικές εθνικές, κοινωνικές, πολιτισμικές ομάδες. Ο βιοπολιτισμός αποτελεί μια ακόμα έννοια η οποία αποδίδει τις διαφορετικές εκφράσεις και εκφάνσεις βιολογικών παραμέτρων όπως ο πόνος σε διαφορετικά φυσικά περιβάλλοντα ή σχετιζόμενες με τη φροντίδα δομές (Leininger, 2002). Οι άνθρωποι γεννιόμαστε μέσα σε ένα συγκεκριμένο βιοφυσικό περιβάλλον το οποίο επηρεάζει την υγεία και τους παράγοντες που διαδραματίζουν ρόλο στη διατήρηση της ή τη μη διατήρηση της. Το



γενετικό υπόβαθρο, ο βιοπολιτισμός και οι φυσικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν στα διαφορετικά οικολογικά και πολιτισμικά περιβάλλοντα.

Μιλώντας για πολιτισμική διαφορετικότητα αναφερόμαστε όχι μόνο στις πολιτισμικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων εθνών αλλά και μεταξύ των διαφορών κοινωνικών υποομάδων εντός τους. Είναι αναγκαίο να μην πέσουμε στην παγίδα της γενίκευσης αλλά να είμαστε σε θέση να αναγνωρίζουμε τα διαφορετικά χαρακτηριστικά που υπάρχουν και εντός των διαφόρων πολιτισμών, άλλα και τα χαρακτηριστικά που είναι κοινά μεταξύ των ανθρώπων. Η Talabere (1996) διατυπώνει ότι ο όρος πολιτισμική διαφορετικότητα συνιστά ένα εθνοκεντρικό όρο καθώς επικεντρώνεται στο πόσο διαφορετικό είναι ένα άτομο από τον επαγγελματία υγείας, παρά το αντίστροφο και τονίζει ότι χρησιμοποιώντας τον όρο πολιτισμική διαφορετικότητα η λευκή πανεθνική ομάδα τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζεται σαν το μέτρο έναντι του οποίου όλοι οι υπόλοιποι συγκρίνονται και κρίνονται. Ο όρος «πολιτισμικά καθολικό ή παγκόσμιο» αναφέρεται σε κοινά στοιχεία που υπάρχουν μεταξύ των ανθρώπων και αποτελεί όρο εννοιολογικά αντίθετο από αυτόν της πολιτισμικής διαφορετικότητας. Είναι ένας μάλλον κατά επίφαση όρος αφού με την αναζήτηση των πολιτισμικώς καθολικών χαρακτηριστικών οδηγούμαστε στην κατανόηση των ομοιοτήτων και των κοινών στοιχείων που υπάρχουν μεταξύ των διαφορών πολιτισμών μάλλον, παρά στην ανακάλυψη παγκόσμιων και καθολικών πολιτισμικών χαρακτηριστικών (Leininger, 2002).

Οι έννοιες της πολιτισμικής διαφορετικότητας / ποικιλομορφίας και της πολιτισμικής καθολικότητας αποτελούν το επίκεντρο της διαπολιτισμικής θεωρίας που διατυπώθηκε από τη Leininger ως «Θεωρία της Πολιτισμικής Διαφορετικότητας και Καθολικότητας της Νοσηλευτικής Φροντίδας» και στην οποία τονίζεται ότι στόχος της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής είναι η διαμόρφωση και η ανάπτυξη ενός επιστημονικού και ανθρωπιστικού σώματος γνώσης προκειμένου για την παροχή πολιτισμικά ειδικής και πολιτισμικά παγκόσμιας νοσηλευτικής φροντίδας. Ο όρος **πολιτισμικά ειδική** αναφέρεται σε συγκεκριμένες αξίες, πιστεύω και συμπεριφορές που τείνουν να είναι αποκλειστικά ή μοναδικά στοιχεία σε μια ομάδα ανθρώπων και

να μην συναντώνται σε άλλες κουλτούρες. Ο όρος **πολιτισμικά παγκόσμιο** αναφέρεται σε συχνές, κοινές μεταξύ διάφορων πολιτισμών, αξίες, συμπεριφορές, τύπους συμπεριφοράς και τρόπους ζωής (Leininger, 2002) .

Μια παγίδα στην οποία πρέπει να αποφύγει να πέσει ένας νοσηλευτής είναι η γενίκευση και η χρήση στερεοτύπων για την αξιολόγηση και τον χαρακτηρισμό ασθενών / πελατών από συγκεκριμένες πολιτισμικές, κοινωνικές, θρησκευτικές ή εθνικές ομάδες. Ως στερεότυπα ορίζονται υπεραπλουστευμένες αντιλήψεις, πεποιθήσεις γνώμες και ιδέες σχετικά με χαρακτηριστικά συγκεκριμένων ατόμων ή ομάδων ανθρώπων (Purnell & Paulanka, 2003) .

Οι νοσηλευτές οφείλουν να έχουν επίγνωση του γεγονότος ότι μέσα σε κάθε πολιτισμό ή σε κάθε εθνική ομάδα υπάρχουν υποομάδες και περαιτέρω διαφοροποιήσεις. Για παράδειγμα ο όρος ασιατικός πολιτισμός περιλαμβάνει τους πολιτισμούς Κινέζων, Ιαπώνων, Ταϊβανέζων, Φιλιπινέζων, Κορεατών και Βιετναμέζων. Σε κάθε έναν από τους πολιτισμούς αυτούς υπάρχουν υποπολιτισμοί (ελεύθερη μετάφραση του subcultures) που στηρίζονται σε διαφοροποιήσεις στη γεωγραφική τοποθεσία, τη θρησκεία, τη γλώσσα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, τις οικογενειακές δομές, το εκπαιδευτικό σύστημα και το βαθμό αφομοίωσης της παράδοσης ή του εκσυγχρονισμού (Giger & Davidhizar, 2000).

Κάποιος θα μπορούσε να σκεφτεί, ότι η απόκτηση γενικής γνώσης για τους διάφορους πολιτισμούς αποτελεί την απάντηση στο πρόβλημα της πολιτισμικής ποικιλομορφίας κατά την παροχή φροντίδας υγείας. Ωστόσο οι πολιτισμικές γενικεύσεις είναι σπανιότατα εφαρμόσιμες σε όλα τα άτομα μέσα σε έναν πολιτισμό.

#### **4.2.ΟΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Κάθε πολιτισμική ομάδα έχει σαφείς και χαρακτηριστικές πεποιθήσεις, και πρακτικές, που επηρεάζουν τον ορισμό που δίνουν στην έννοια της υγείας και τις

ενέργειες, στις οποίες προβαίνουν, ώστε να αντιμετωπίσουν προβλήματα υγείας. Οι διαφορές στα επικοινωνιακά τους πρότυπα επηρεάζουν την αλληλεπίδρασή τους με τους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, παρατηρούνται πολλές διαφορές ανάμεσα στα άτομα των ίδιων ομάδων, οι οποίες εξαρτώνται από την περιοχή ή χώρα προέλευσης καθώς και το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο (Sealey 2003).

Οι πολιτισμικές διαφορές που επηρεάζουν τη φροντίδα των ασθενών είναι:

### **Βιολογικές διαφοροποιήσεις**

Οι Dossey, Keegan και Guzzeta (2000) ορίζουν τις βιολογικές διαφοροποιήσεις, ως εκείνες τις διαφορές, που καθορίζονται βιολογικά και όχι κάποιες απλές προσαρμογές, που μπορεί να οφείλονται στον τρόπο ζωής ή στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Ως παραδείγματα βιολογικών διαφοροποιήσεων αναφέρουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Μέγεθος και δομή του σώματος, συμπεριλαμβανομένων και των διαφοροποιήσεων που παρατηρούνται στις οδοντοστοιχίες, των χαρακτηριστικών του προσώπου και του χρώματος του δέρματος.
- Αποκλίσεις που παρατηρούνται στο μεταβολισμό και στην ενζυμική παραγωγή, που καταλήγουν στις αντιδράσεις, αλληλεπιδράσεις και ευαισθησίες που παρατηρούνται κατά την χορήγηση των φαρμάκων.
- Ευπάθεια στις ασθένειες.
- Θέματα που αφορούν την διατροφή και ανεπάρκειες, όπως δυσανεξία στη λακτόζη.

Το χρώμα του δέρματος στους Αφροαμερικανούς μπορεί να ποικίλει από τους πολύ ανοιχτούς έως τους πολύ σκούρους τόνους. Αυτές οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται, έχουν σαφείς επιπτώσεις στην αξιολόγηση καταστάσεων όπως η ωχρότητα, ο ίκτερος, ή η κυάνωση. Ο επαρκής φωτισμός είναι απαραίτητος και σε αντίθεση με τους Αγγλοσάξονες, η ωχρότητα ή η κυάνωση εκδηλώνεται πιο έντονα στον επιπεφυκότα ή στους βλεννογόνους της εσωτερικής επιφάνειας των χειλέων από

ότι στην επιδερμίδα. Ο σκληρός χιτώνας των οφθαλμών, η παλαμιαία επιφάνεια των χεριών και τα πέλματα των ποδιών αποτελούν κατάλληλες περιοχές ελέγχου για ίκτερο στους Αφροαμερικανούς (Giger & Davidhizar 2000).

Οι μογγολοειδείς κηλίδες αποτελούν ακόμη μία βιολογική διαφοροποίηση, που ανευρίσκεται κυρίως ανάμεσα στα βρέφη των Αφροαμερικανών (90%), των Ασιατών, καθώς και των Ιθαγενών Αμερικανών (80%). Αυτές οι σκουρόχρωμες περιοχές αποχρώσεων μπλε-πρασίνου, που συνήθως εντοπίζονται στην περιοχή της οσφυϊκής και ιερής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, είναι υπολείμματα μελανοκυττάρων και δεν πρέπει να συγχέονται με τους μώλωπες. Η έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων κατά την αξιολόγηση των παραπάνω καταστάσεων, μπορεί να οδηγήσει στην καθυστέρηση της διάγνωσης και της θεραπείας ή σε λανθασμένη διάγνωση και ανεπαρκή παροχή φροντίδας (Giger & Davidhizar 2000).

Άλλα παραδείγματα βιολογικών διαφοροποιήσεων περιλαμβάνουν τον επιπολασμό της δρεπανοκυτταρικής αναιμίας και της υπέρτασης στον πληθυσμό των Αφροαμερικανών, τον επιπολασμό της φυματίωσης και της ηπατίτιδας στον πληθυσμό των Hmong και τον επιπολασμό του Σακχαρώδη Διαβήτη στον πληθυσμό των Ιθαγενών Αμερικανών (Dossey, Keegan & Guzzeta 2000). Διαφοροποιήσεις στην αντίδραση κατά την χορήγηση των φαρμάκων αποτελούν κάποιες άλλες περιπτώσεις της κατηγορίας αυτής. Οι Pumell και Paulanka (2003) αναφέρουν ότι οι Αφροαμερικανοί ανταποκρίνονται λιγότερο ικανοποιητικά στους β' αναστολείς και οι Ιάπωνες παρουσιάζουν μικρότερο θεραπευτικό εύρος για το λίθιο.

### **Εξήγηση της αιτίας της ασθένειας**

Σύμφωνα με τους Dossey, Keegan και Guzzeta (2000), στον πολιτισμό των Hmong, μίας φυλής από την Ανατολική Ασία, η ασθένεια προκαλείται από υπερφυσικές δυνάμεις, όπως απώλεια της ψυχής, πνευματική δυσαρμονία ή αμαρτίες προγόνων. Επίσης, ισχυρίζονται ότι για πολλούς Ιθαγενείς Αμερικάνους,

αιτίες μίας ασθένειας μπορεί να αποτελέσουν η διεξαγωγή ενός βίου που δεν γίνεται σύμφωνα με τους αποδεκτούς κοινωνικούς κώδικες, αλλά και τα κακά πνεύματα.

Η Campinha-Bacote (2000) χαρακτηρίζει αυτές τις ασθένειες ως «πολιτισμικά καθορισμένες» και αναφέρει παραδείγματα ασθενειών που είναι συνδεδεμένες με την μαύρη μαγεία. Πρόκειται για κάποιες καταστάσεις που έχουν κατά καιρούς αναφερθεί από Αφροαμερικανούς και άτομα που ανήκουν σε κουλτούρες της Καραϊβικής και πιστεύεται ότι προκαλούνται από υπερφυσικές δυνάμεις.

Άλλα παραδείγματα πολιτισμικά καθορισμένων συνδρόμων συναντώνται σε πληθυσμούς Ισπανών ή Λατινοαμερικανών, οι οποίοι ως αιτίες μίας ασθένειας μπορεί να θεωρούν το «κακό μάτι», την έλλειψη σεβασμού, την έλλειψη της ψυχής ή την έλλειψη ισορροπίας ανάμεσα στο ζεστό και στο κρύο. Τα συμπτώματα αυτών των καταστάσεων μπορεί να ποικίλλουν από γαστρεντερικές διαταραχές έως και αδυναμία και κατάπτωση. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς μπορεί να αναζητήσουν τη λύση σε παραδοσιακές μεθόδους θεραπείας (Campinha-Bacote 2000).

Σύμφωνα με τους Dossey, Keegan και Guzzeta (2000), εάν ένας / μία ασθενής πιστεύει ότι η αιτία που έχει προκαλέσει την ασθένειά του / της είναι μία αμαρτία ή μία προκατάληψη που έχει ξεπεραστεί, τότε συνήθως δεν είναι δεκτικός / ή στη θεραπευτική αγωγή που θα του υποδείξει ένας γιατρός και μπορεί να ανταποκριθεί σε κάποια πολιτισμικά καθορισμένη τελετουργία. Η Campinha-Bacote (2000) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι συχνά οι πολιτισμικά καθορισμένες ασθένειες διαγιγνώσκονται λανθασμένα ως ψυχικές ασθένειες και υποστηρίζει ότι η γνώση για τις αντιλήψεις, που έχουν για την υγεία και την ασθένεια, πληθυσμοί που διαφέρουν πολιτισμικά, μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη των παραπάνω ασθενειών.

### **Αντίληψη του χρόνου**

Οι Giger και Davidhizar (2000) ισχυρίζονται ότι οι νοσηλευτές θα έπρεπε να εκτιμούν τις πολιτισμικές διαφορές που έχουν σχέση με την αντίληψη του χρόνου. Περιγράφουν μία διάσταση της αντίληψης του χρόνου, τον χρονικό προσανατολισμό,

που αναφέρεται στο γεγονός ότι η συμπεριφορά ενός ατόμου συνδέεται με το παρελθόν, το παρόν, ή το μέλλον και αυτό είναι κάτι που εξαρτάται από την προτεραιότητα, που δίνουν σε αυτές τις χρονικές διαστάσεις τα μέλη της πολιτισμικής ομάδας στην οποία ανήκει. Παραδείγματος χάρη, οι Αφροαμερικανοί είναι περισσότερο προσανατολισμένοι στο παρόν, αν και για ορισμένα άτομα της συγκεκριμένης πολιτισμικής ομάδας, κυρίως τους ηλικιωμένους, το παρελθόν παίζει πιο σημαντικό ρόλο (Purnell & Paulanka 2003).

Οι χρονικοί αυτοί προσανατολισμοί βρίσκουν εφαρμογή στην αλληλεπίδραση των νοσηλευτών με τους ασθενείς. Τα άτομα που είναι προσανατολισμένα στο παρόν μπορεί να πιστεύουν ότι το παρόν είναι πιο σημαντικό, επειδή ποτέ δεν επαναλαμβάνεται και κάποιες φορές διστάζουν να προχωρήσουν στην επόμενη προγραμματισμένη ενέργεια. Τα άτομα αυτά ενδεχομένως να μην υποβάλλονται σε κάποιες προληπτικές ιατρικές εξετάσεις και να καταφεύγουν σε υπηρεσίες υγείας, μόνο όταν αντιμετωπίζουν κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας (Giger & Davidhizar 2000).

Μία άλλη πολιτισμική διαφορά που σχετίζεται με τον χρόνο είναι ο τρόπος με τον οποίο αυτός μετράται. Ωστόσο, σε ορισμένες κουλτούρες ο κοινωνικός χρόνος ή οι κοινωνικές διαδικασίες και τα πρότυπα που καθορίζουν τον κοινωνικό βίο είναι αυτά που έχουν προτεραιότητα για τον χρονικό προσανατολισμό (Giger & Davidhizar 2000).

### **Κοινωνική οργάνωση**

Η έννοια της κοινωνικής οργάνωσης αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο είναι δομημένες οι πολιτισμικές ομάδες. Οι δομές αυτές μπορεί να βασίζονται στην οικογένεια ή σε θρησκευτικές, εθνολογικές και φυλετικές συνήθειες (Giger & Davidhizar 2000).

Οι μονάδες αυτές, που αποτελούν την βάση της κοινωνικής οργάνωσης, έχουν διαφορετική σημασία για κάθε πολιτισμική ομάδα και διαφορετικό αντίκτυπο στη

λήψη αποφάσεων σχετικών με προβλήματα υγείας. Για τους Μεξικανούς η πυρηνική οικογένεια αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της κοινωνικής τους οργάνωσης, έστω και αν το οικογενειακό τους δίκτυο περιλαμβάνει και άλλους συγγενείς. Ο πατέρας θεωρείται η κεφαλή της οικογένειας και διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την οικογένεια (Sealey 2003).

Αντίθετα, στις οικογένειες των Αφροαμερικανών κυρίαρχο ρόλο κατέχει η μητέρα και οι γυναίκες γενικότερα, που έχουν τη μεγαλύτερη ευθύνη στην λήψη αποφάσεων. Ο ρόλος της οικογένειας έχει επίσης υπέρτατη- αξία για τους Ιάπωνες. Ο πατέρας λαμβάνει τις αποφάσεις, που αφορούν την υπόλοιπη οικογένεια. Η συζήτηση των προσωπικών προβλημάτων, καθώς και η έκφραση των συναισθημάτων δεν επιτρέπεται. Αυτό σημαίνει ότι τα μέλη της οικογένειας νιώθουν την ανάγκη να παίρνουν μέρος στην φροντίδα του ασθενούς, ώστε να μην ενοχλούν τους νοσηλευτές (Giger & Davidhizar 2000).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΞΕΝΟΦΟΒΙΑ

#### ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ

Στις μέρες μας, η καθημερινή σχεδόν ενασχόληση με τον κοινωνικό αποκλεισμό, δεν αποτελεί απλή σύμπτωση. Είναι φαινόμενο που ενδιαφέρει το σύνολο της κοινωνίας απασχολώντας εκατομμύρια ανθρώπους ανά τον κόσμο. Συγκεκριμένα έχουμε εκείνους που αναφέρονται στον αποκλεισμό ως ένα φαινόμενο της σύγχρονης κοινωνίας, εκείνους που τον αποδέχονται μια και τον βιώνουν καθημερινά ως κατάσταση, εκείνους που τον ερμηνεύουν ως διαδικασία και τον συνδυάζουν και τον μελετούν μαζί με άλλα σχετικά και μη φαινόμενα, και εκείνους που τον αναγνωρίζουν ως πολιτική βούληση και απόρροια της ανικανότητας των πολιτικών εκφραστών των θέσεων του απλού πολίτη. Τέλος, εκείνους που, διαπιστώνοντας τις διαπλοκές και τους συσχετισμούς της έννοιας του κοινωνικού αποκλεισμού που με όλους αυτούς τους τρόπους προκύπτει, εξετάζουν συνολικά τις επιπτώσεις του, μελετούν τις μορφές, τις αφετηρίες και τα αίτιά του, αναλύουν τις διεργασίες της διαμόρφωσης και της επέκτασής του και σχεδιάζουν τις ενέργειες και τη δράση τους με βάση τους πραγματικούς ανθρώπους και τις πραγματικές καταστάσεις. Οι τελευταίοι διερευνούν όλες τις προεκτάσεις του προκειμένου να διαπιστώσουν τις πηγές ανάπτυξής του αλλά και τα πιθανά μέσα αντιμετώπισής του (Καβουνίδης, 2000).

Στην Ελλάδα σήμερα το συγκεκριμένο φαινόμενο αποτελεί σημείο αναφοράς για πολλούς κοινωνικούς επιστήμονες και πολιτικούς αναλυτές, ενώ ενδιαφέρει και τον απλό άνθρωπο όχι όμως ως σημείο αναφοράς και ανάλυσης, αλλά ως πιθανό φόβητρο για το μέλλον το οποίο ξεδιπλώνεται μπροστά τους. Ο απλός άνθρωπος με βάση τη δυσμενή κατάσταση την οποία βιώνει στη καθημερινότητά του αναγκάζεται



να κάνει αναφορές στο ρατσισμό, άλλοτε ως πιθανή δική του κατάληξη, άλλοτε ως κατακριτέο φαινόμενο της εποχής του και άλλοτε ως απόρροια των μη λειτουργικών διαδικασιών που ακολουθούν οι αντιπρόσωποι του στα διάφορα κέντρα αποφάσεων (Καβουνίδης, 2000).

Ένα αρχικό συμπέρασμα σε σχέση με το ρατσισμό και την οριοθέτηση του είναι ότι υπάρχει σήμερα μια ασάφεια, μια παραπλάνηση σε πολλούς ορισμούς, οι οποίοι πηγάζουν από τις εκατοντάδες ερευνητικές εργασίες, διαλέξεις, συνέδρια κ.λ.π. Το σίγουρο πάντως είναι ότι ανεξάρτητα από την οριοθέτηση του συγκεντρώνει στο περιεχόμενο του, πολλές διαφορετικές και σημαντικές έννοιες οι οποίες αναφέρονται ως οικονομικές και κοινωνικές διαδικασίες, που δημιουργούν καινούργιες μορφές ανασφάλειας, αλλοτρίωσης και αποστέρησης και συμβάλλουν στην ανάπτυξη του, εμφανίζοντας αποκλίσεις μεταξύ των διαφόρων χωρών και των περιοχών τους ως προς την μορφή, την ποικιλία και την έκτασή τους. Συγκεκριμένα παρατηρήθηκε ότι ο ρατσισμός αναφέρεται στα ακόλουθα πεδία:

1. Η οικονομική και κοινωνική αναδιάρθρωση και ανακατανομή των πόρων, η οποία, παρότι σε μεγάλο βαθμό ευνοεί ορισμένους, έχει δυσανάλογα αρνητικές επιπτώσεις και συνέπειες στους περισσότερους, που είναι γενικότερα οι πιο φτωχοί και ευάλωτοι.
2. Η μετανάστευση προς τις διάφορες χώρες της κοινότητας, η οποία, τα τελευταία χρόνια, αναπτύσσεται με αυξανόμενους ρυθμούς, λόγω των πρόσφατων γεωπολιτικών εξελίξεων στην Ανατολική Ευρώπη.
3. Οι μεταβολές στη συνοχή των άτυπων διαπροσωπικών δικτύων (οικογένεια, φίλοι, γείτονες), τα οποία, εξαιτίας της αναδιάρθρωσης των οικογενειακών δομών, αντιλήψεων και αξιών, κατευθύνονται σε φαινόμενα ατομοκεντρισμού, που συνεπάγονται την ολοένα και μικρότερη στήριξη των ατόμων με κάποιου είδους ανάγκη (Καβουνίδης, 2000).

Η Κογκίδου (1998) και ο Τσιάκαλος (2000) προσδιορίζουν τον κοινωνικό αποκλεισμό αναφορικά με την απορρόφηση των κοινωνικών και δημόσιων αγαθών, η

οποία σχετίζεται με τα κοινωνικά δικαιώματα εν γένει. Η Κογκίδου(1998) υποστηρίζει ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι έννοια διαφορετική από την έννοια της φτώχειας και της περιθωριοποίησης. Κοινωνικός αποκλεισμός είναι η παρεμπόδιση απορρόφησης κοινωνικών και δημόσιων αγαθών που προσφέρονται σε σημαντικούς τομείς της ανθρώπινης ύπαρξης, όπως η εργασία, η εκπαίδευση, η υγεία, η ψυχαγωγία, οι κοινωνικές σχέσεις, οι πολιτιστικές δραστηριότητες κ.ά η έλλειψη των οποίων οδηγεί συνήθως και στην οικονομική ανέχεια και περιθωριοποίηση.

Στον ίδιο ορισμό καταλήγει και ο Τσιάκαλος ο οποίος ορίζει τον κοινωνικό αποκλεισμό ως παρεμπόδιση απορρόφησης κοινωνικών και δημόσιων αγαθών, όπως είναι της εκπαίδευσης, της υγείας κ.τ.λ. η έλλειψη των οποίων οδηγεί συνήθως στην περιθωριοποίηση και την κοινωνική ανέχεια. Ο ίδιος προσδιορίζει τα δημόσια και κοινωνικά αγαθά ως μια ενότητα αναφέροντας χαρακτηριστικά πως πρόκειται για αγαθά που είναι ταυτόχρονα δημόσια και κοινωνικά. Δημόσια χαρακτηρίζονται τα αγαθά στα οποία θεωρητικά έχουν πρόσβαση όλοι οι άνθρωποι και κοινωνικά εκείνα τα οποία χρηματοδοτούνται και παρέχονται από την οργανωμένη κοινωνία. Αυτοί που αποκλείονται κατά την απορρόφηση δημόσιων και κοινωνικών αγαθών αποκλείονται ταυτοχρόνως σε πολύ μεγάλο βαθμό από την ισότιμη συμμετοχή στο πολιτικό γίνεσθαι (Τσιάκαλος, 2000)

Στην “Πράσινη Βίβλο” της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων και συγκεκριμένα στο κεφάλαιο που αναφέρεται στο “ρατσισμό” δεν υπάρχει ορισμός της έννοιας. Η έλλειψη ορισμού καλύπτεται με τη ταύτιση του όρου με τη φτώχεια και την περιθωριοποίηση, οι οποίες απλώς διαφοροποιούνται ελαφρά από τον κοινωνικό αποκλεισμό με τις φράσεις: «Η δημόσια συζήτηση σχετικά με τα θέματα αυτά (δηλαδή της φτώχειας και της περιθωριοποίησης) άλλαξε ευρέως κατά τη διάρκεια των περασμένων 15 ετών. Η έμφαση δίνεται τώρα στη διαρθρωτική φύση της διαδικασίας, η οποία αποκλείει μέρος του πληθυσμού από οικονομικές και κοινωνικές ευκαιρίες» (Commission of the European Communities, 2001, σ. 24).

Το ίδιο το φαινόμενο περιγράφεται, όμως, με παρόμοιο τρόπο με εκείνον της περίπτωσης του καθημερινού λόγου, δηλαδή με αναφορά σε κάποιες καταστάσεις και σε κάποια αίτια. Το σχετικό κείμενο είναι το ακόλουθο :

«Κοινωνικός αποκλεισμός δεν σημαίνει μόνο ανεπαρκές εισόδημα. Υπερβαίνει ακόμη και τη συμμετοχή στην εργασιακή ζωή, εκδηλώνεται σε τομείς όπως η στέγαση, η εκπαίδευση, η υγεία και η πρόσβαση σε υπηρεσίες. Θίγει όχι μόνο άτομα που έχουν υποστεί σοβαρή οπισθοδρόμηση, αλλά και κοινωνικές ομάδες, ιδιαίτερα σε αστικές και αγροτικές περιοχές, οι οποίες αποτελούν αντικείμενο διάκρισης, διαχωρισμού ή εξασθένησης των παραδοσιακών μορφών των κοινωνικών σχέσεων. Γενικότερα, η επισήμανση των ρωγμών στον κοινωνικό ιστό, υποδηλώνει κάτι περισσότερο από κοινωνική ανισότητα και συνεπακόλουθα ενέχει τον κίνδυνο μιας διπλής ή κατακερματισμένης κοινωνίας. Οι ευθύνες των μόνων γονέων και τα χαμηλά επίπεδα εισοδήματος τοποθετούν τις γυναίκες, ιδίως, σε καταστάσεις φτώχειας με πενιχρές προοπτικές βελτίωσης της θέσης τους» (Commission of the European Communities, 2001, σ. 18-20).

Τα αποτελέσματα από τις μεταναστευτικές κινήσεις μεγάλου αριθμού ατόμων προς τις ευρωπαϊκές χώρες σε συνδυασμό με την πολιτική των κυβερνήσεων των χωρών υποδοχής στο θέμα της μετανάστευσης, οδήγησε στη δημιουργία κλίματος ξеноφοβίας και δυσανεξίας. Η μη παραχώρηση πολιτικών δικαιωμάτων στους μετανάστες από τις κυβερνήσεις των χωρών υποδοχής, οδήγησε στην περιθωριοποίηση και τον αποκλεισμό τους. Η συγκέντρωση τους σε υποβαθμισμένες περιοχές και η καλλιέργεια των πολιτιστικών τους παραδόσεων οδήγησε τον ντόπιο πληθυσμό στην αντιμετώπισή των μεταναστών με καχυποψία. «*Η επαφή με το διαφορετικό οδηγεί σε αρκετές περιπτώσεις στην ανάπτυξη αισθημάτων φόβου, τα οποία μετατρέπονται τελικά σε κοινωνική προκατάληψη, εχθρότητα και ρατσιστική βία.*» (Rattansi, Westwood, 1994:203)

## **5.1.ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΡΑΤΣΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ**

Οι μετανάστες, οι οποίοι επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας, αγγίζουν το 82%. Κατάγονται στη πλειοψηφία τους από χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, ακολούθως από την Αλβανία και λιγότεροι από άλλες βαλκανικές χώρες. Τα άτομα αυτά αισθάνονται κατά κάποιο τρόπο ότι είναι εκτός του συστήματος υγείας, αν όχι αποκλεισμένοι. Αρκετά μεγάλο πρόβλημα εντοπίζεται στους παλινοστούντες, οι οποίοι προσέρχονται σε μεγάλο ποσοστό, και αντιμετωπίζουν προβλήματα που έχουν να κάνουν κυρίως με αγχώδεις διαταραχές και κατάθλιψη.

Οι λόγοι οφείλονται κυρίως στους παρακάτω παράγοντες:

- Διαδικασία της μετανάστευσης,
- Δυσκολία προσαρμογής σε ξένο περιβάλλον,
- προσπάθεια διαχείρισης της γραφειοκρατίας
- ελλειμματική παροχή κοινωνικών υπηρεσιών

Όλα τα προαναφερθέντα είναι ίσως τα μεγαλύτερα προβλήματα και παράγοντες που συντελούν στην αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τη συγκεκριμένη μερίδα πληθυσμού.

Μέσα από μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί για το θέμα της μετανάστευσης και τις επισκέψεις των μεταναστών στους χώρους υγείας, προκύπτει ότι οι μετανάστες και οι πρόσφυγες είναι η πληθυσμιακή ομάδα των ανθρώπων που, εξαιτίας των εγγενών προβλημάτων που αντιμετωπίζει, είναι ιδιαίτερα ευάλωτη στην εκδήλωση ψυχικών διαταραχών. Στην χώρα μας στην πλειονότητά τους οι μετανάστες είναι παλινοστούντες, ακολούθως άνθρωποι που διαθέτουν κάποιο στοιχείο ελληνικής καταγωγής αλλά και οικονομικοί μετανάστες (Ζαχάρης,2008).

Τα κυριότερα και σημαντικότερα προβλήματα που προκύπτουν όταν οι άνθρωποι αυτοί προσέρχονται στο ιατρείο είναι η αδυναμία επικοινωνίας, διότι δεν

γνωρίζουν τη γλώσσα και συχνά τους συνδράμουν οι συγγενείς που τους συνοδεύουν (Μπούκα, 2008)

Σε ό,τι έχει να κάνει με την πρόσβαση σε θέματα υγείας, υπάρχουν διάφορες κατηγορίες ατόμων. Θεωρητικά μπορεί να υπάρχει δικαίωμα πρόσβασης στην ιατρική κάλυψη των ευπαθών κοινωνικών ομάδων - στην πράξη όμως η κάλυψη είναι μικρή σε ποσοστό. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία, τα δικαιώματα είναι τα πιο περιορισμένα και στην πραγματικότητα τα λιγότερο προσβάσιμα (Ζαχάρης,2008).

Οι συνηθέστερες δυσκολίες πρόσβασης και συνέχισης της περίθαλψης, αφορούν κυρίως στην άγνοια των δικαιωμάτων τους, στην άγνοια των κέντρων νοσηλείας στα οποία πρέπει να απευθυνθούν, στο κόστος των θεραπειών, στις διοικητικές δυσκολίες, καθώς και στη διάκριση και τα πολιτισμικά ή γλωσσικά εμπόδια. (Ζαχάρης,2008).

Παρά το ότι σε μερικά κέντρα κράτησης υπάρχει καθημερινά ιατρός, ο όγκος του μεταναστευτικού πληθυσμού και η συχνότητα με την οποία η εισροή αυτού αλλάζει, κυρίως κατά τη θερινή περίοδο δημιουργεί εύλογες ανησυχίες ως προς την αποτελεσματικότητα και την επάρκεια της ιατρικής φροντίδας.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Σκοπός της παρούσας έρευνας, είναι η εκτίμηση και διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στη μετανάστευση, καθώς και η αποτύπωση των κυρίαρχων αντιλήψεων της συγκεκριμένης ομάδας επαγγελματιών υγείας για τους μετανάστες βάσει δημογραφικών στοιχείων.

## **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

### **ΔΕΙΓΜΑ**

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 150 νοσηλευτές, όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων, που εργάζονται σε μεγάλο δημόσιο νοσοκομείο της Αθήνας (Γενικό Κρατικό «Γ. Γεννηματάς»), και από τους οποίους 108 ήταν γυναίκες (68%) και 42 άνδρες (32%).

Οι περισσότεροι από τους νοσηλευτές του δείγματος είναι τεχνολογικής εκπαίδευσης (67%) , ενώ το 21% είναι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (απόφοιτοι Ι.Ε.Κ. και Νοσοκομειακών σχολών). Μόλις το 12% είναι απόφοιτοι πανεπιστημιακού τμήματος νοσηλευτικής. Επίσης, το 34% του δείγματος έχει εργασιακή εμπειρία έως 10 χρόνια, το 25% είναι στο συγκεκριμένο επάγγελμα από 10 έως 15 έτη, ενώ οι περισσότεροι εργάζονται ως νοσηλευτές πάνω από 15 χρόνια (41%). Τέλος, διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων που συμμετείχαν στην έρευνα είναι ηλικίας 35 έως 45 ετών (38%).

**Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού**

<b>ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ</b>			
<b>ΦΥΛΟ</b>	<b>ΑΤΟΜΑ</b>	<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ</b>	<b>ΑΤΟΜΑ</b>
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	108	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ	18
ΑΝΤΡΕΣ	42	ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗ	98
		ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	34
<b>ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</b>	<b>ΑΤΟΜΑ</b>	<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	<b>ΑΤΟΜΑ</b>
0 - 5	24	18 - 25	19
6 - 10	27	26 - 35	38
11 - 15	37	36 - 45	57
>15	62	46 - 55	33
		>55	3

Προκειμένου να αναλυθούν περεταίρω τα χαρακτηριστικά του δείγματος, επιχειρήθηκε στη συνέχεια ο συσχετισμός ορισμένων δημογραφικών δεδομένων μεταξύ τους. Έτσι λοιπόν, εφαρμόζοντας cross – tabulation στις μεταβλητές «φύλο» και «κατηγορία εκπαίδευσης» (Πίνακας 2), παρατηρούμε ότι το ποσοστό των ανδρών με πανεπιστημιακή εκπαίδευση (9 στους 42, δηλ. 21%) είναι κατα πολύ αυξημένο σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών (9 στις 108, δηλ. 8%). Επιπλέον, το ποσοστό των ανδρών με δευτεροβάθμια εκπαίδευση (29%) είναι λίγο μεγαλύτερο από αυτό των γυναικών (19%). Αντίθετα, οι γυναίκες που διαθέτουν πτυχίο Τ.Ε.Ι. (72%) είναι περισσότερες από τους άνδρες συναδέλφους τους με τεχνολογική εκπαίδευση (21 στους 42, δηλ. 50%).

**Πίνακας 2: Συσχέτιση των μεταβλητών «φύλο» και «κατηγορία εκπαίδευσης»**

		<b>ΦΥΛΟ</b>		<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
		<b>ΑΝΤΡΕΣ</b>	<b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>	
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ</b>	<b>ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ (Π.Ε)</b>	9	9	<b>18</b>
	<b>ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗ (Τ.Ε)</b>	21	78	<b>99</b>
	<b>ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ (Δ.Ε)</b>	12	21	<b>33</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>		<b>42</b>	<b>108</b>	<b>150</b>



Εφαρμόζοντας την ίδια μέθοδο στις μεταβλητές «φύλο» και «έτη εργασίας» (Πίνακας 3), διαπιστώνουμε ακολούθως ότι οι περισσότεροι άνδρες είναι «καινούριοι» στο επάγγελμα (24 στους 42, δηλ. 57%) καθώς εργάζονται ως νοσηλευτές λιγότερο από 10 χρόνια, ενώ στις γυναίκες ισχύει το αντίστροφο. Μόλις το 25% των νοσηλευτριών (27 στις 108) έχει εργασιακή εμπειρία έως 10 έτη, ενώ το υπόλοιπο 75% των γυναικών είναι στο συγκεκριμένο επάγγελμα για παραπάνω από 10 χρόνια.

**Πίνακας 3: Συσχέτιση των μεταβλητών «φύλο» και «έτη εργασίας»**

		ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	0-5	12	12	24
	5-10	12	15	27
	10-15	4	33	37
	>15	15	47	62
ΣΥΝΟΛΟ		42	108	150

Συμπερασματικά, θα πρέπει να επισημανθεί ότι το συγκεκριμένο δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό και αντικατοπτρίζει τα χαρακτηριστικά των νοσηλευτών/τριών.

Πράγματι, εμπειρικά γνωρίζουμε ότι τα περισσότερα άτομα που στελεχώνουν τη νοσηλευτική υπηρεσία των Νοσοκομείων είναι γυναίκες, και είναι τεχνολογικής εκπαίδευσης (πτυχιούχοι τμημάτων Τ.Ε.Ι. Νοσηλευτικής). Επιπλέον, στα δημόσια νοσοκομεία, λόγω της μονιμότητας των δημοσίων υπαλλήλων, η πλειοψηφία των νοσηλευτών βρίσκεται στο συγκεκριμένο επάγγελμα και στο ίδιο εργασιακό περιβάλλον για πολλά χρόνια, και ο μέσος όρος ηλικίας είναι περίπου τα 40 έτη.

Εφόσον επομένως το δείγμα της παρούσας έρευνας είναι αντιπροσωπευτικό, τα συμπεράσματα της στατιστικής ανάλυσης των απαντήσεων του ερωτηματολογίου μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστα.

### **ΜΕΣΟ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Όπως αναφέρθηκε και προηγούμενα, για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του ερωτηματολογίου. Η επιλογή αυτή έγινε διότι στην παρούσα έρευνα φαίνεται να υπερτερούν τα πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου. Η μέθοδος του ερωτηματολογίου φαίνεται ως η καλύτερη στη συγκεκριμένη περίπτωση, καθώς ο ερωτώμενος δεν ενοχλείται από την παρουσία του ερευνητή και μπορεί να εκφραστεί πιο ελεύθερα και ανοιχτά σχετικά με ένα τόσο προσωπικό θέμα.

Για την ανίχνευση των στάσεων και αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στους μετανάστες κατασκευάστηκε ερωτηματολόγιο, σε συνεργασία με την κ. Ιωαννίδη, του τομέα Κοινωνιολογίας της ΕΣΔΥ, το οποίο βασίστηκε σε ερωτηματολόγια προηγούμενης έρευνας με θέμα : «Ανίχνευση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν στελέχη του Δημοσίου Τομέα, στην εξυπηρέτηση των Μεταναστών – Παλλινოსτούντων – Προσφύγων και τη διατύπωση προτάσεων για προγράμματα κατάρτισης – ευαισθητοποίησης», των Γετίμη Π. και Πετρινώτη Ξ. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Αστικού Περιβάλλοντος και Ανθρωπίνου Δυναμικού (ΕΠΙ.ΑΠΑΔ) του Παντείου Πανεπιστημίου.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και περιλαμβάνει 23 ερωτήσεις, πολλαπλών επιλογών. Στις τρεις πρώτες ερωτήσεις, που αποτελούν το Α' μέρος του ερωτηματολογίου, ο νοσηλευτής καλείται να συμπληρώσει ορισμένα δημογραφικά στοιχεία, και στη συνέχεια ακολουθεί το Β' μέρος των πολλαπλών απαντήσεων. (βλ. Παράρτημα). Οι ερωτήσεις, αφενός μεν έχουν στόχο να ανιχνεύσουν τις στάσεις των νοσηλευτών όσον αφορά την αντιμετώπιση του μετανάστη – ασθενή, αφετέρου να αποτυπώσουν τις γενικότερες αντιλήψεις και απόψεις της συγκεκριμένης ομάδας επαγγελματιών υγείας σχετικά με τους μετανάστες.

### **ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

Η διαδικασία που ακολουθήθηκε για την επιλογή του δείγματος των νοσηλευτών ήταν η εξής: από διάφορες περιοχές του λεκανοπεδίου Αττικής, επιλέχθηκε το κέντρο της Αθήνας, στο οποίο υπάρχουν τα περισσότερα και μεγαλύτερα νοσηλευτικά ιδρύματα. Στη συνέχεια από το σύνολο των δημόσιων νοσοκομείων που λειτουργούν στο κέντρο επιλέχθηκαν τυχαία όσα ανήκουν στην κατηγορία των γενικών καθηκόντων, εκ των οποίων προέκυψε η τελική επιλογή του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου «Γ. Γεννηματάς».

Η συγκεκριμένη μέθοδος επιλογής του δείγματος, η «κατά επίπεδα τυχαία δειγματοληψία» αν και δεν είναι η πιο ενδεδειγμένη, εντούτοις θεωρείται αμερόληπτη και αρκετά ικανοποιητική. Χρησιμοποιήθηκε λόγω της εύκολης εφαρμογής της και εξαιτίας της μη δυνατής χρήσης της απλής ή της κατά στρωμάτων δειγματοληψίας. (Παρασκευόπουλος, 1993, 2<sup>ος</sup> τόμος).

### **ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ**

Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε στο διάστημα Ιανουαρίου – Φεβρουαρίου 2010. Κατά τη χορήγησή τους, τονίστηκε σε όλους τους εξεταζόμενους νοσηλευτές πως η συμμετοχή τους συντελεί στην προώθηση της έρευνας για το θέμα της μετανάστευσης και τη σχέσης της με τη συγκεκριμένη ομάδα επαγγελματιών υγείας. Ταυτόχρονα επισημάνθηκε η εξασφάλιση της ανωνυμίας τους και η μυστικότητα των απαντήσεων. Επίσης, τους ζητήθηκε η επικοινωνία μαζί μου σε περίπτωση που θα είχαν απορίες ή χρειαζόντουσαν επιπλέον πληροφορίες για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Ο χρόνος που δόθηκε για τη συμπλήρωση των ανωτέρω ερωτηματολογίων καθορίστηκε σε τρεις εβδομάδες. Ωστόσο, στις περισσότερες περιπτώσεις χρειάστηκε να δοθεί παράταση της προθεσμίας.

Σε γενικές γραμμές η συγκέντρωση των ερωτηματολογίων ήταν αρκετά δύσκολη υπόθεση. Υπήρχαν βέβαια περιπτώσεις που πολλοί νοσηλευτές αντιμετώπισαν την έρευνα με ενδιαφέρον και με μεγάλη προθυμία δέχτηκαν να συμμετάσχουν σε αυτήν, αλλά δεν ήταν λίγοι και εκείνοι που εκδήλωναν επιφυλακτικότητα και απέφευγαν να απαντήσουν (κυρίως γιατί θεωρούσαν το θέμα taboo ή ότι η συμμετοχή τους θα κατανάλωνε τον χρόνο τους). Μια – δυο φορές μάλιστα, συνέβη ορισμένοι να κάνουν και υποδείξεις για τη διάρθρωση του ερωτηματολογίου, συμπληρώνοντάς το είτε με μη αποδεκτό τρόπο, είτε παραλείποντας απαντήσεις.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### ΓΕΝΙΚΑ

Το ερωτηματολόγιο που παρουσιάζεται στο παράρτημα χορηγήθηκε σε δείγμα 150 νοσηλευτών, που εργάζονται σε μεγάλο Νοσηλευτικό Ίδρυμα της Αθήνας (Γ.Ν.Α «Γ.Γεννηματάς»). Οι παράγραφοι που ακολουθούν ασχολούνται με τις ερωτήσεις που αφορούν τις απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού για τους μετανάστες, ενώ στο τελευταίο υποκεφάλαιο γίνεται προσπάθεια να εντοπιστούν οι αντιλήψεις της συγκεκριμένης ομάδας επαγγελματιών υγείας, που προδιαθέτουν θετικά ή αρνητικά απέναντι στους δεύτερους.

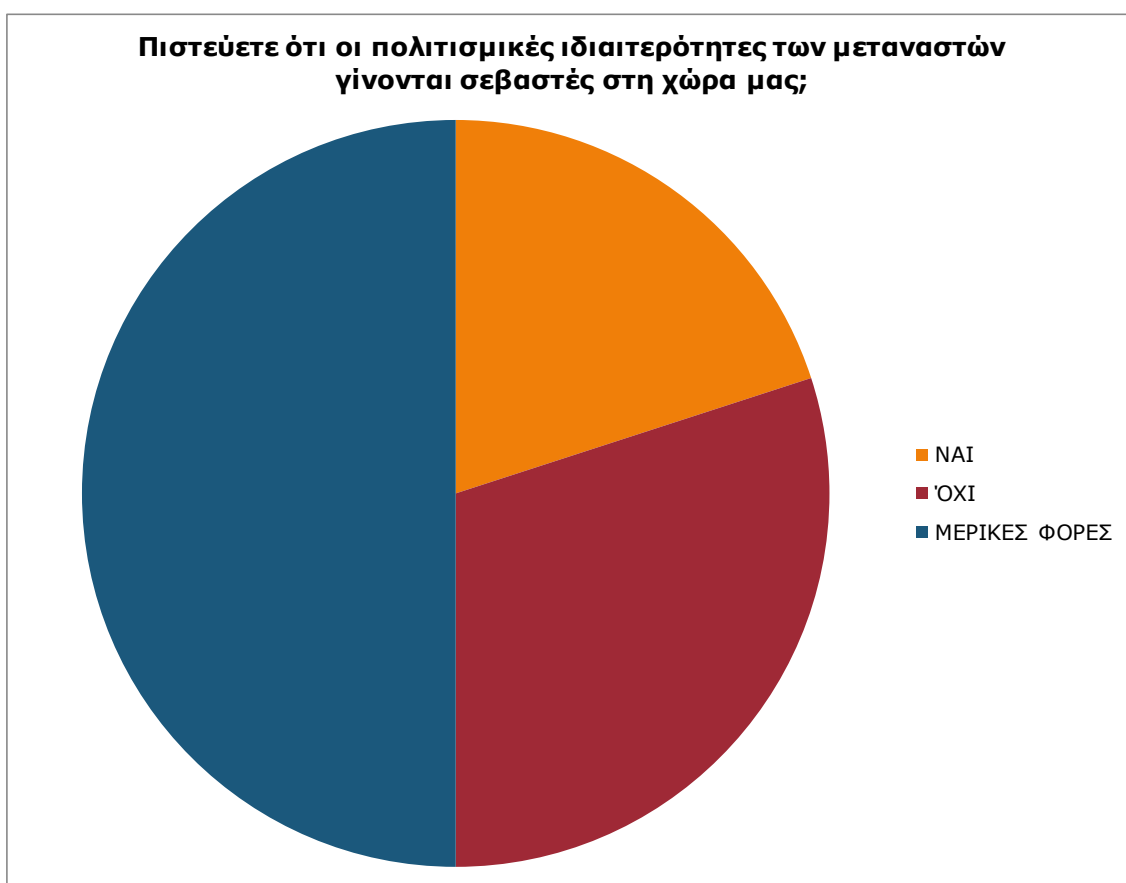
Η ανάλυση των στατιστικών δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο Stata (Data Analysis and Statistical Software). Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στην παρούσα έρευνα, εκτός της περιγραφικής στατιστικής και των γραφημάτων, είναι cross-tabulation και correspondence analysis.

### ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ

Παρακάτω, παρουσιάζονται οι απαντήσεις που έδωσαν οι νοσηλευτές στις ερωτήσεις σχετικά με τις αντιλήψεις τους για τους μετανάστες.

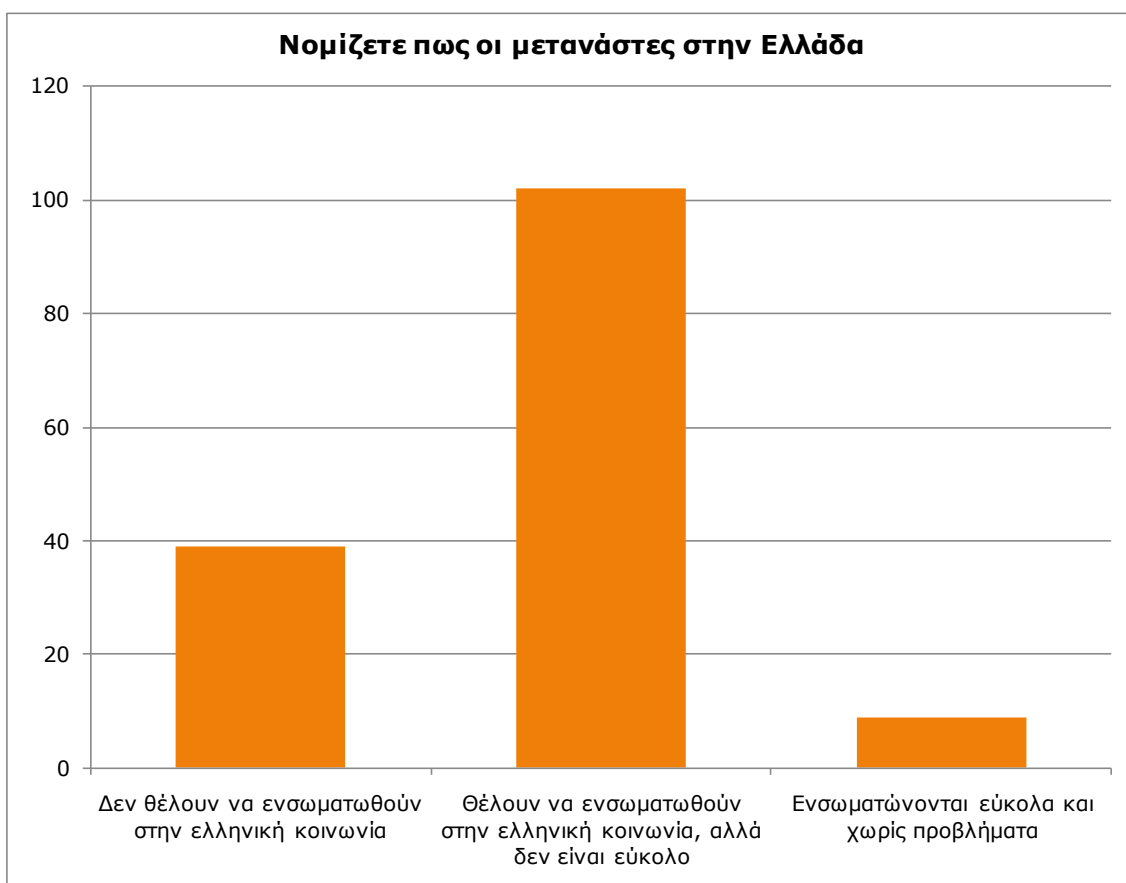
Όπως φαίνεται και στο γράφημα που ακολουθεί, στην ερώτηση «Πιστεύετε ότι οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των μεταναστών γίνονται σεβαστές στη χώρα μας;», το 20% απάντησε θετικά, το 30% απάντησε αρνητικά, ενώ οι μισοί απάντησαν ότι αυτό συμβαίνει μερικές φορές (Ερώτηση 5, Γράφημα 1)

*Γράφημα 1: Κατανομή απαντήσεων (πίτα) στην ερώτηση 5*



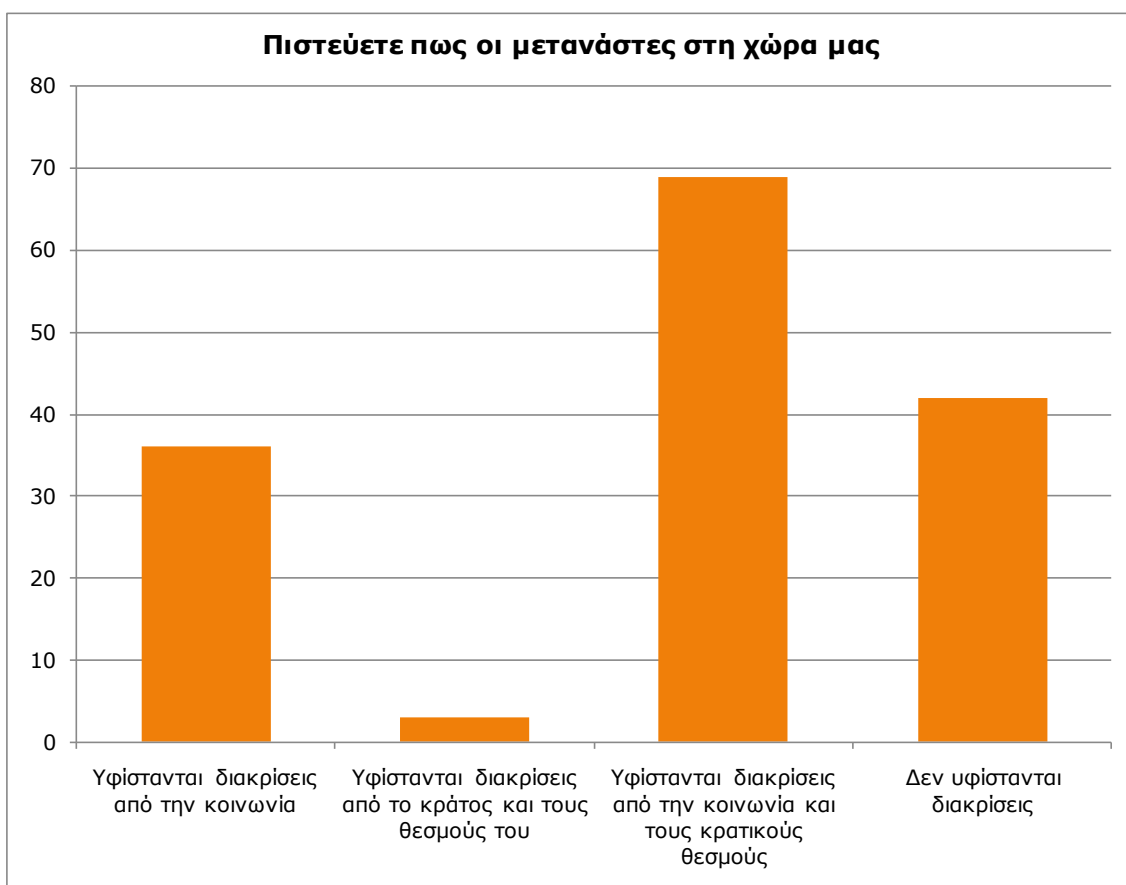
Στην επόμενη ερώτηση (Ερώτηση 6), βλέπουμε ότι το 6% των νοσηλευτών/τριων πιστεύει ότι οι μετανάστες ενσωματώνονται εύκολα στην Ελλάδα, το 67% ότι θέλουν αλλά είναι δύσκολο ενώ το 26% εκφράζει την άποψη ότι οι μετανάστες δεν θέλουν να ενσωματωθούν στην ελληνική κοινωνία (Γράφημα 2).

Γράφημα 2: Κατανομή απαντήσεων (ιστόγραμμα) στην ερώτηση 6



Στη συνέχεια (Ερώτηση 7, Γράφημα 3) παρατηρούμε ότι το 29% των ερωτηθέντων απάντησε ότι οι μετανάστες δεν υφίστανται διακρίσεις στην Ελλάδα, το 24% απάντησε ότι υφίστανται διακρίσεις από την κοινωνία, το 3% από το κράτος ενώ το 44% απάντησε ότι υφίστανται διακρίσεις εξίσου και από το κράτος και από την κοινωνία.

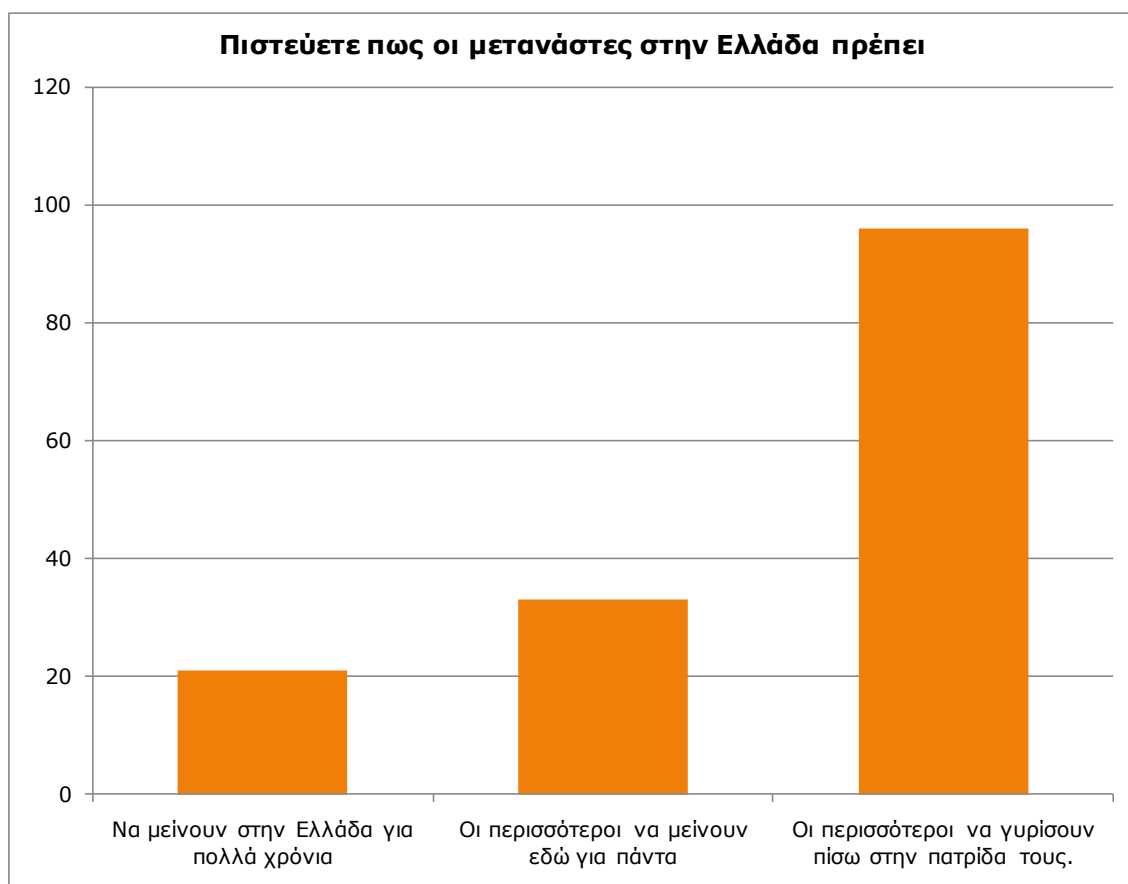
**Γράφημα 3: Κατανομή απαντήσεων (πίτα) στην ερώτηση 7**





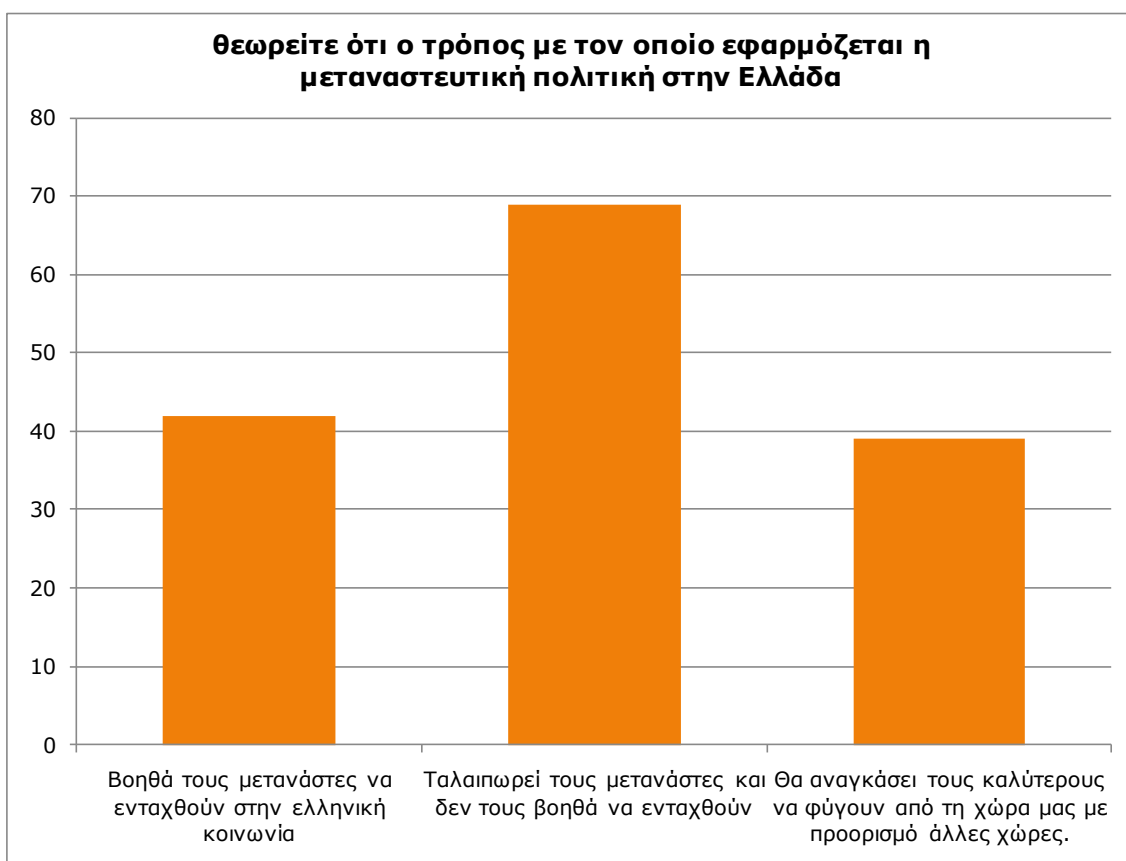
Επιπλέον, στο γράφημα 4 (Ερώτηση 8), βλέπουμε ότι η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού πιστεύει ότι οι μετανάστες πρέπει να φύγουν από τη χώρα (64%) και μόνο το 36% πιστεύει ότι πρέπει να μείνουν για κάποια χρόνια ή για πάντα.

**Γράφημα 4: Κατανομή απαντήσεων (ιστόγραμμα) στην ερώτηση 8**



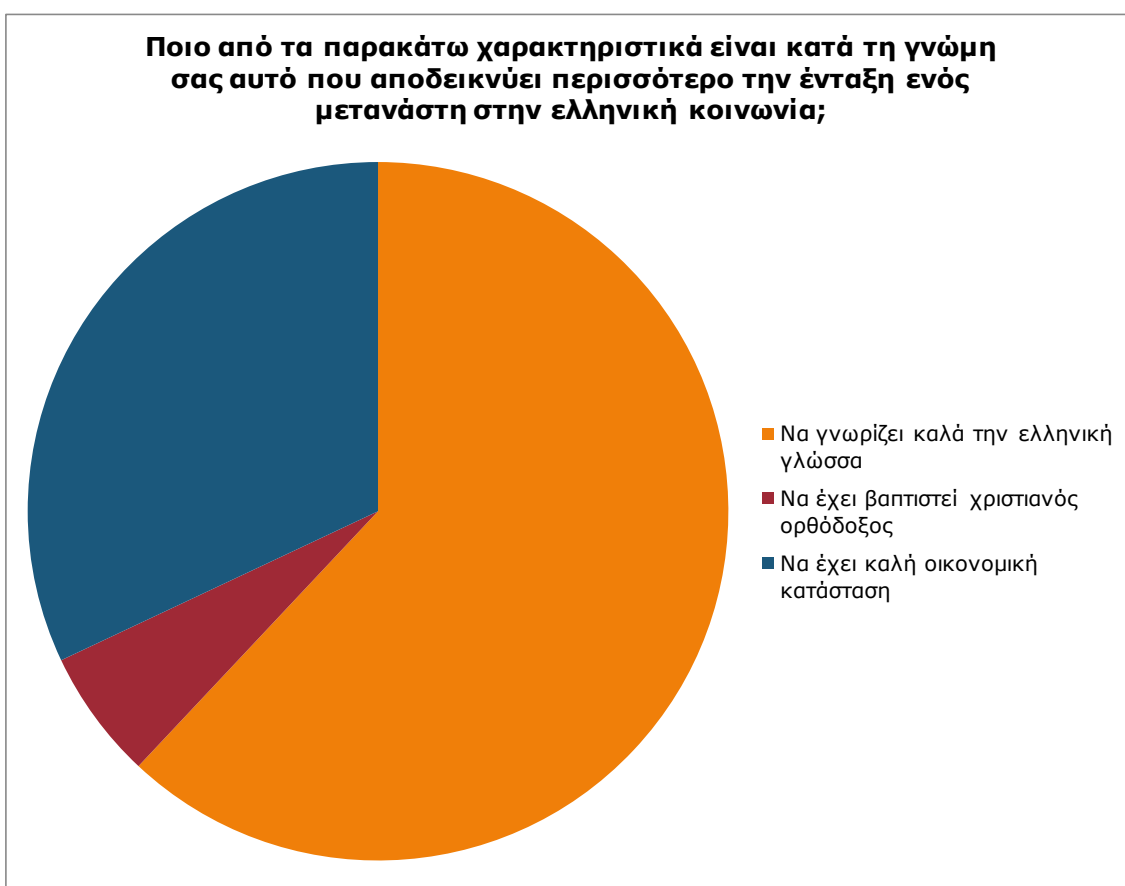
Προχωρώντας στην ερώτηση 9 (Γράφημα 5), διαπιστώνουμε ότι μόνο το 27% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι ο τρόπος που εφαρμόζεται η μεταναστευτική πολιτική στην Ελλάδα βοηθά τους μετανάστες να ενταχθούν στην ελληνική κοινωνία, ενώ το 47% πιστεύει ότι οι μετανάστες ταλαιπωρούνται και δυσκολεύονται να ενταχθούν. Τέλος, το 26% απαντά ότι θα αναγκάσει τους καλύτερους να φύγουν από τη χώρα μας.

**Γράφημα 5: Κατανομή απαντήσεων (ιστόγραμμα) στην ερώτηση 9**



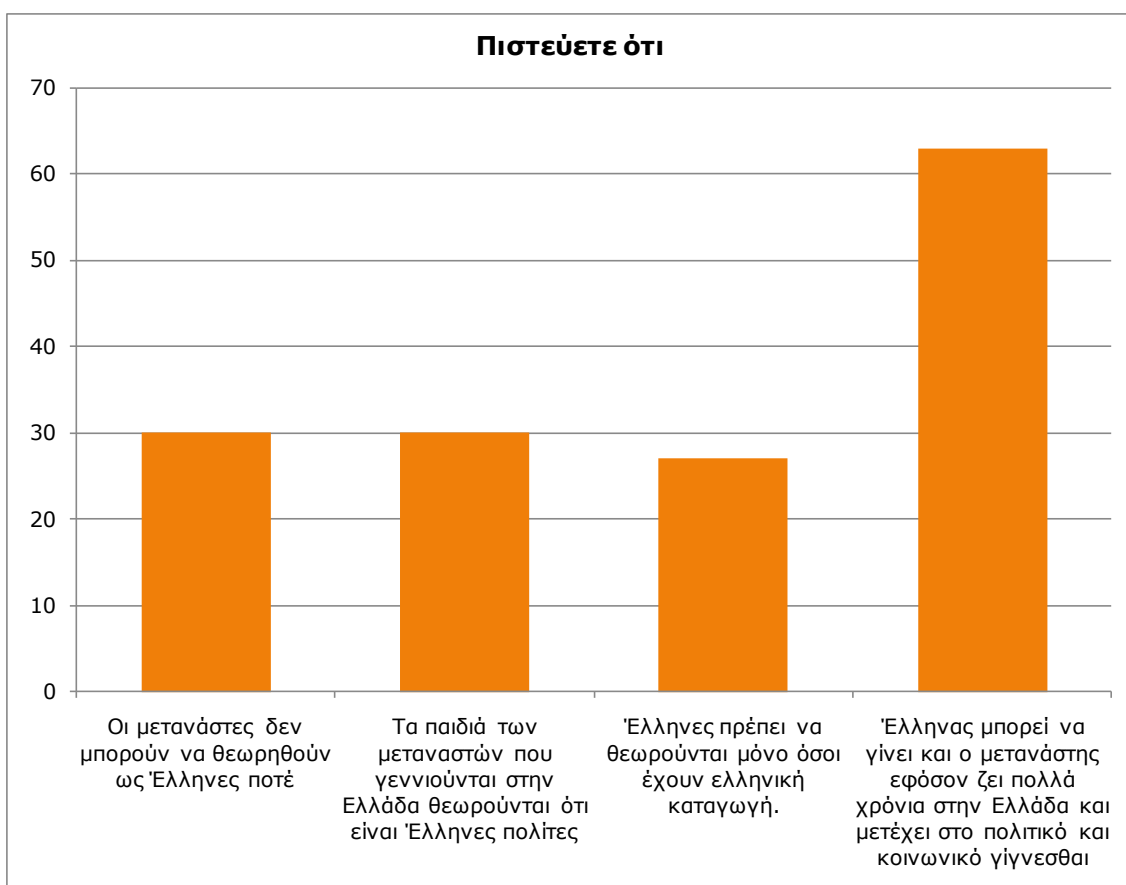
Στην ερώτηση «ποιο χαρακτηριστικό είναι είναι αυτό που αποδεικνύει την ένταξη του μετανάστη καλύτερα στη χώρα μας» (Ερώτηση 10), οι περισσότεροι απάντησαν τη γνώση της ελληνικής γλώσσας και μόλις το 6% θεωρούν τη θρησκεία (δηλ. να είναι χριστιανός ορθόδοξος). Εντύπωση προκαλεί επίσης το όχι μικρό ποσοστό (32%) των ερωτηθέντων που έδωσε ως απάντηση την επιλογή της καλής οικονομικής κατάστασης ως μέσο απόδειξης της ένταξης του μετανάστη στην κοινωνία.

*Γράφημα 6: Κατανομή απαντήσεων (πίτα) στην ερώτηση 10*



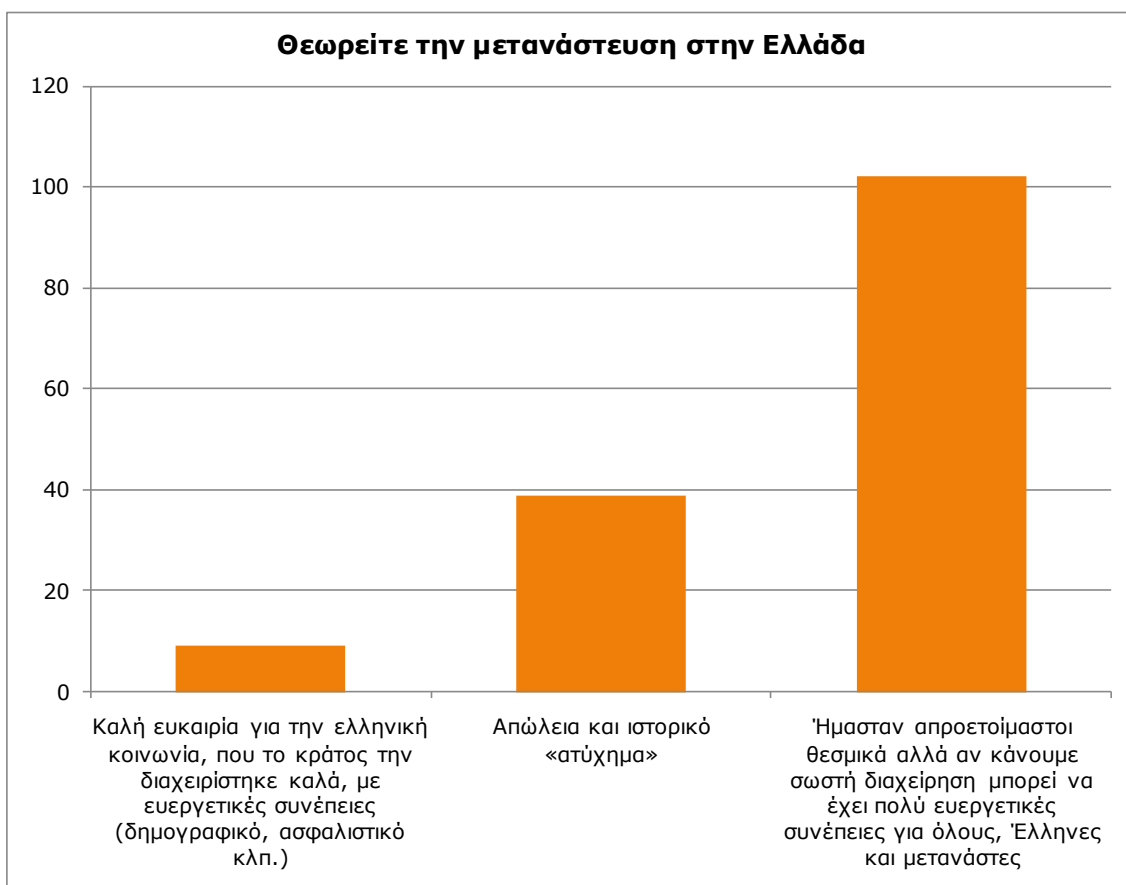
Επιπροσθέτως, στην ερώτηση 11 (Γράφημα 7) παρατηρούμε ότι το 20% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι οι μετανάστες δεν μπορεί να θεωρηθούν Έλληνες ποτέ, άλλο ένα 20% πιστεύει ότι Έλληνες μπορούν να θεωρηθούν τα παιδιά των μεταναστών, το 19% θεωρεί ότι Έλληνες είναι μόνο όσοι έχουν ελληνική καταγωγή και το υπόλοιπο 42% ότι Έλληνας είναι και ο μετανάστης που ζει στην Ελλάδα πολλά χρόνια.

Γράφημα 7: Κατανομή απαντήσεων (ιστόγραμμα) στην ερώτηση 11



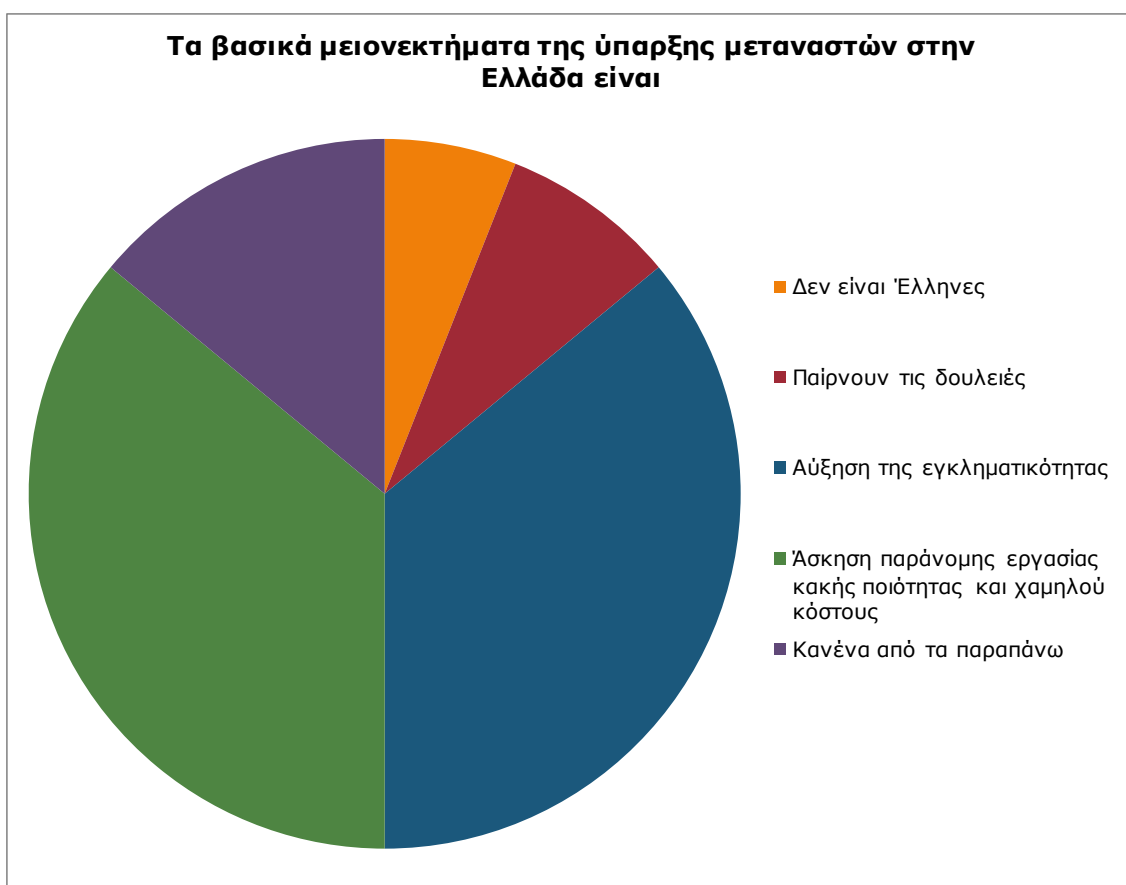
Σχετικά με τη μετανάστευση στην Ελλάδα (Ερώτηση 12, Γράφημα 8), οι περισσότεροι (68%) απάντησαν ότι ήμασταν απροετοίμαστοι θεσμικά να υποδεχθούμε ένα τέτοιο φαινόμενο, αλλά με καλή διαχείριση πιστεύουν ότι η μετανάστευση μπορεί να είναι ευεργετική τόσο για την Ελλάδα όσο και για τους μετανάστες. Στην ίδια ερώτηση το 6% απάντησε ότι ήταν μια καλή ευκαιρία που την εκμεταλλευτήκαμε σωστά (ευεργετικές συνέπειες για το δημογραφικό και το ασφαλιστικό), ενώ αίσθηση προκαλεί το όχι μικρό ποσοστό (26%) που θεωρεί την μετανάστευση ιστορικό «ατύχημα». Τα ποσοστά αυτά φαίνονται παραστατικά στα παρακάτω γραφήματα :

**Γράφημα 8: Κατανομή απαντήσεων (ιστόγραμμα) στην ερώτηση 12**



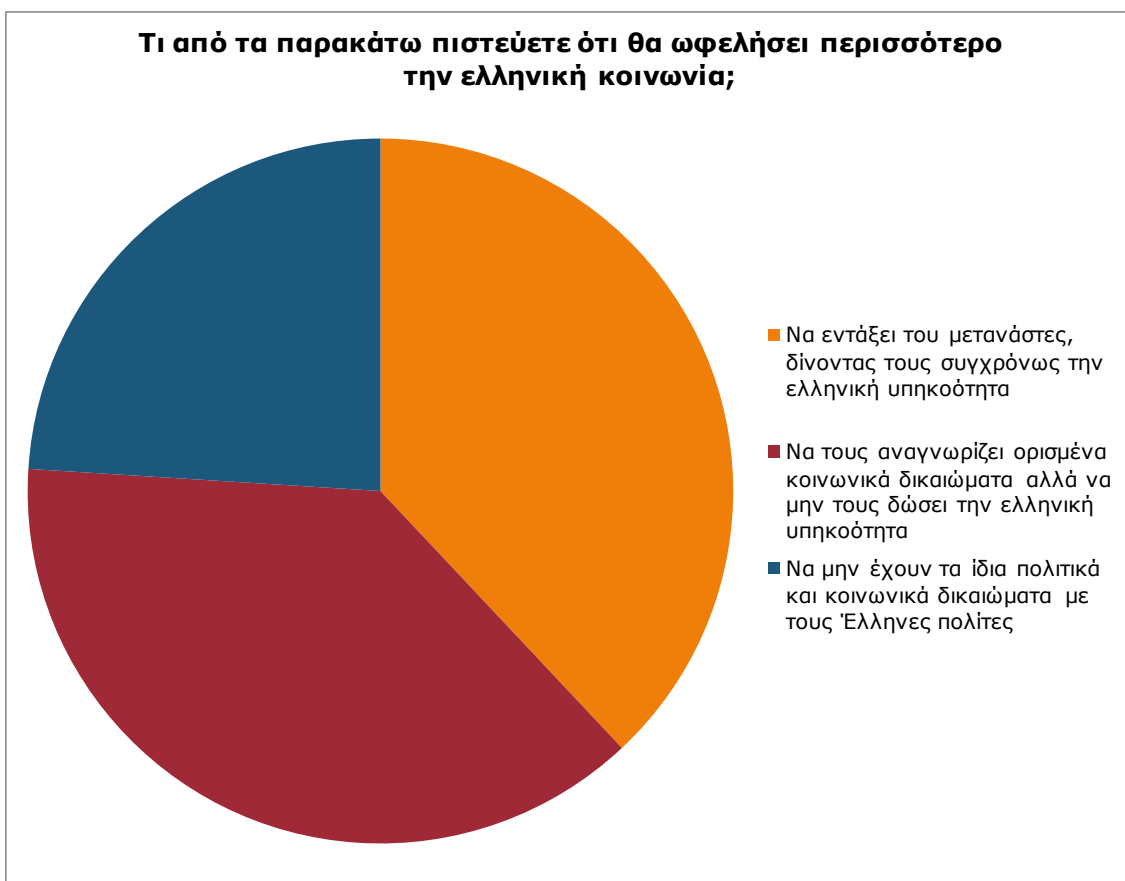
Στη συνέχεια, όσον αφορά τα βασικά μειονεκτήματα της ύπαρξης των μεταναστών στην Ελλάδα (Ερώτηση 13, Γράφημα 9), οι περισσότεροι απάντησαν ότι αυτά είναι η αύξηση της εγκληματικότητας (36%) και η άσκηση παράνομης εργασίας κακής ποιότητας και χαμηλού κόστους (35%). Λίγοι είναι εκείνοι που θεωρούν ως μειονέκτημα το ότι δεν είναι Έλληνες (7%) ή ότι παίρνουν τις δουλειές των Ελλήνων (8%), ενώ ένα 14% απάντησε «κανένα από τα παραπάνω».

**Γράφημα 9: Κατανομή απαντήσεων (πίτα) στην ερώτηση 11**



Στην ερώτηση 14 σχετικά με το τι θα ωφελήσει περισσότερο την ελληνική κοινωνία (Γράφημα 10), οι περισσότεροι ασπάστηκαν την άποψη να παραχωρηθούν στους μετανάστες πολιτικά και κοινωνικά δικαιώματα, είτε με το να ενταχθούν κανονικά και να λάβουν την ελληνική υπηκοότητα (39%), είτε χωρίς να τους δοθεί ελληνική υπηκοότητα (38%). Ωστόσο, ένα 23% πιστεύει ότι οι μετανάστες δεν πρέπει να έχουν ούτε πολιτικο- κοινωνικά δικαιώματα, ούτε ελληνική υπηκοότητα

Γράφημα 10: Κατανομή απαντήσεων (πίτα) στην ερώτηση 12



Στην ερώτηση 15 σχετικά με τα πλεονεκτήματα της ύπαρξης των μεταναστών στην χώρα (Γράφημα 11), η πλειοψηφία απάντησε ότι ασκούν επαγγέλματα και κάνουν δουλειές που οι Έλληνες δεν επιθυμούν (37%), το 22% ότι ενισχύουν την πολυπολιτισμικότητα και τη συνύπαρξη των λαών, το 10% ότι βοηθάνε να λυθεί το δημογραφικό πρόβλημα της χώρας, μόλις το 3% ότι η παρουσία τους έχει ευεργετικές συνέπειες, ενώ υπάρχει ένα σημαντικό μέρος του δείγματος (28%) που απάντησε «τίποτα από τα παραπάνω».

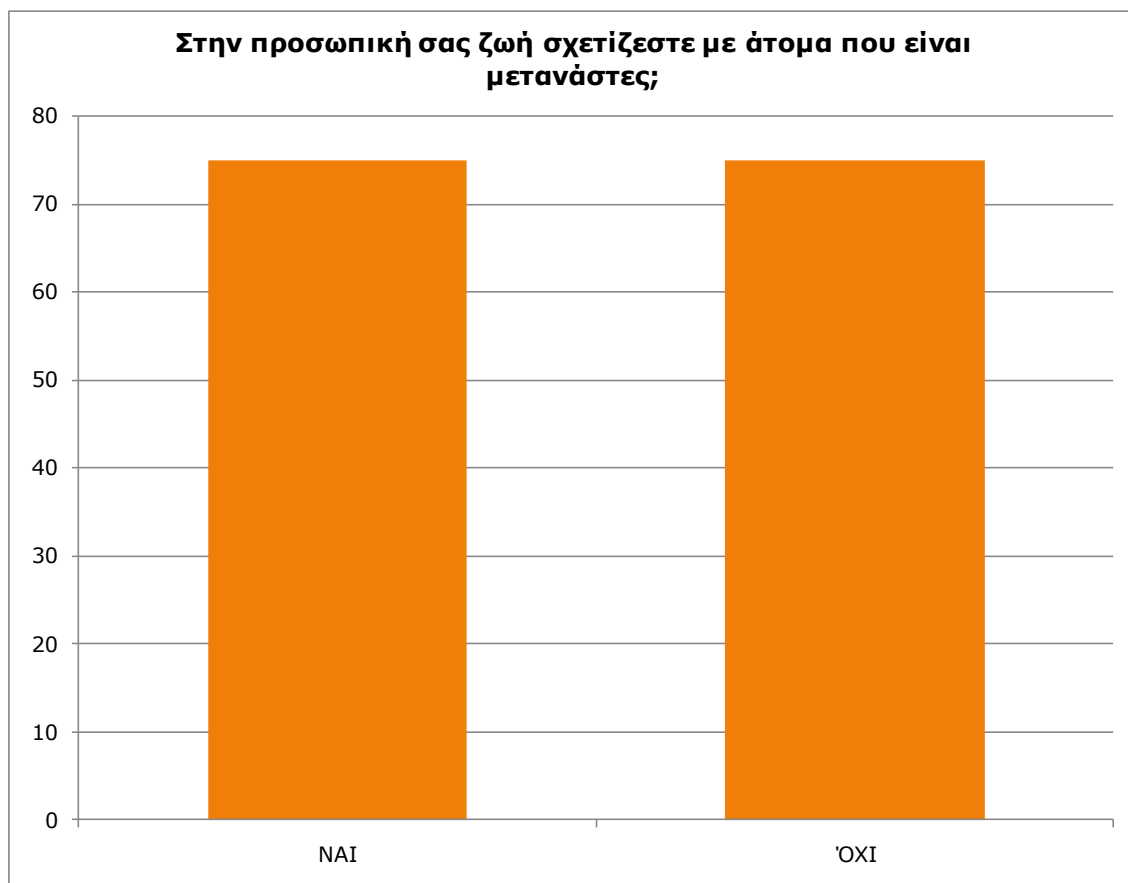
Γράφημα 11: Κατανομή απαντήσεων (πίτα) στην ερώτηση 15





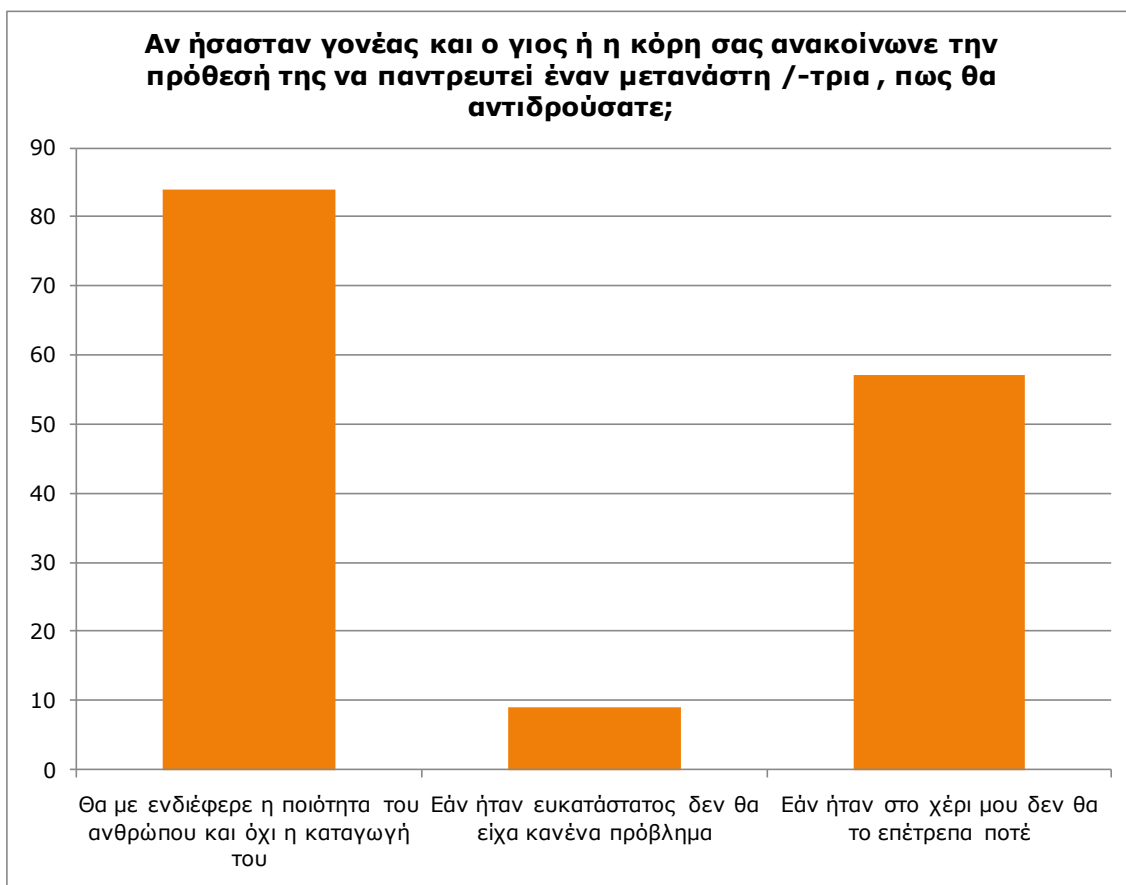
Ακόμα, βλέπουμε ότι οι μισοί από τους ερωτηθέντες σχετίζονται με μετανάστες στην προσωπική τους ζωή, ενώ οι άλλοι μισοί όχι (Ερώτηση 16, Γράφημα 12).

**Γράφημα 12: Κατανομή απαντήσεων (ιστόγραμμα) στην ερώτηση 16**



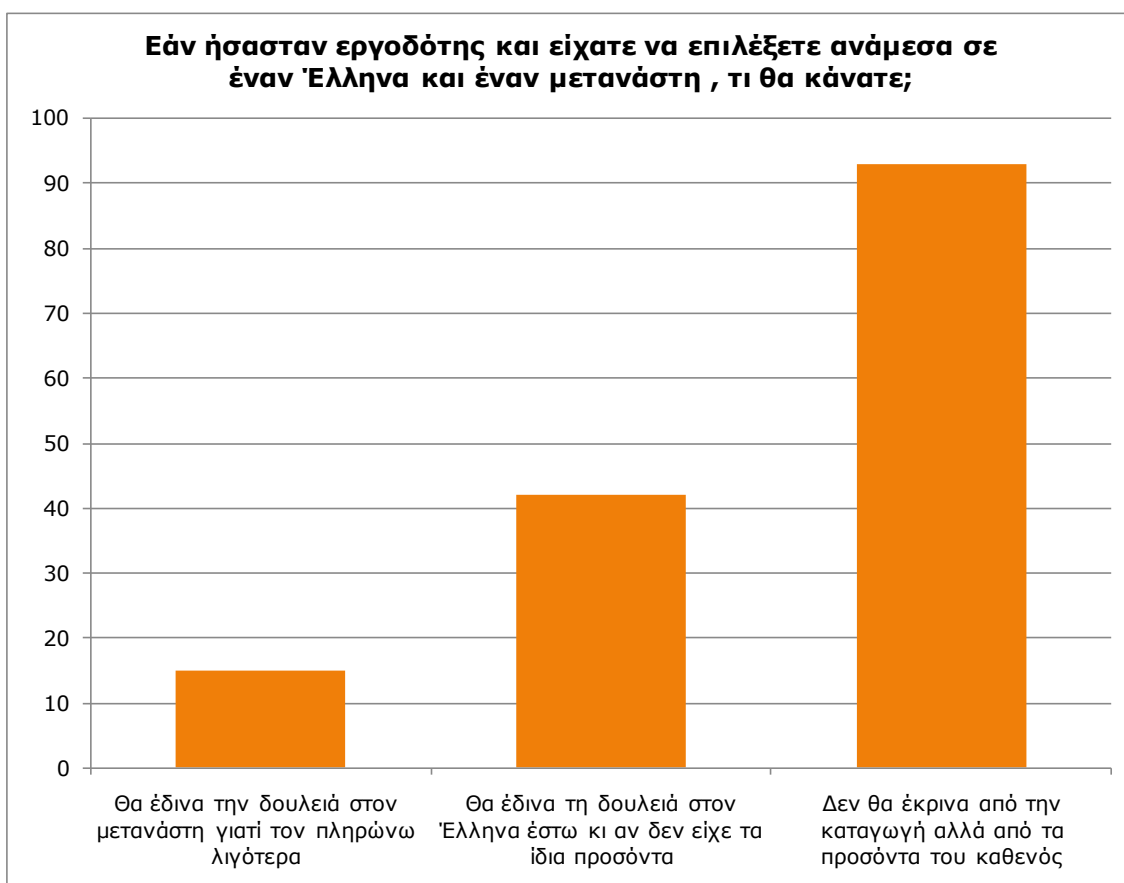
Στη συνέχεια, στην ερώτηση 17 σχετικά με το αν θα είχαν οι ερωτηθέντες πρόβλημα το παιδί τους να παντρευτεί ένα μετανάστη (Γράφημα 13), οι περισσότεροι (57%) απάντησαν πως θα τους ενδιέφερε η ποιότητα του ανθρώπου και όχι η καταγωγή του, αρκετοί (38%) πως δεν θα το επέτρεπαν αν μπορούσαν, ενώ μόλις το 5% απάντησε ότι δεν θα υπήρχε πρόβλημα αν ο αλλοδαπός/ή ήταν ευκατάστατος/-ή.

Γράφημα 13: Κατανομή απαντήσεων (πίτα) στην ερώτηση 17



Ακολουθως, στην ερώτηση 18 αν θα επέλεγαν έλληνα ή μετανάστη για μία εργασία αν ήταν εργοδότες (Γράφημα 14), το 63% απάντησε ότι δεν θα έκρινε από την καταγωγή αλλά από τα προσόντα του καθενός, το 27% απάντησε ότι θα πρόσφερε τη δουλειά στον Έλληνα και ας ήταν καλύτερος ο μετανάστης, ενώ το υπόλοιπο 10% απάντησε ότι θα έδινε τη δουλειά στο μετανάστη γιατί θα τον πλήρωνε λιγότερο.

Γράφημα 14: Κατανομή απαντήσεων (ιστόγραμμα) στην ερώτηση 18



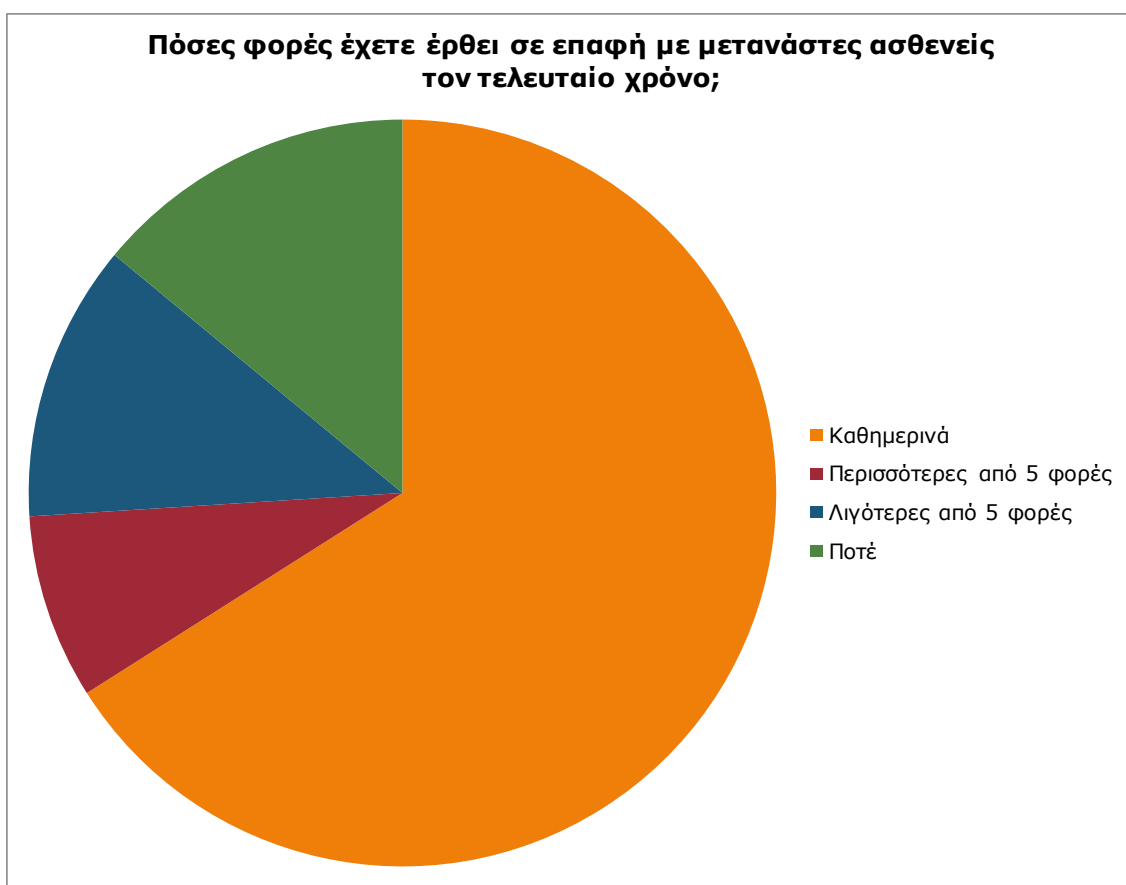
Σχετικά με την ερώτηση 19 (Γράφημα 15) για το πως αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία και γενικότερα το εθνικό σύστημα υγείας τους μετανάστες , το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε (60%) χωρίς διακρίσεις, ακολουθεί ένα 38% που δηλώνει ότι οι μετανάστες αντιμετωπίζονται με καχυποψία, ενώ ελάχιστοι είναι εκείνοι που αναφέρουν ότι δεν τους δέχονται. (2%)

*Γράφημα 15: Κατανομή απαντήσεων (πίτα) στην ερώτηση 19*



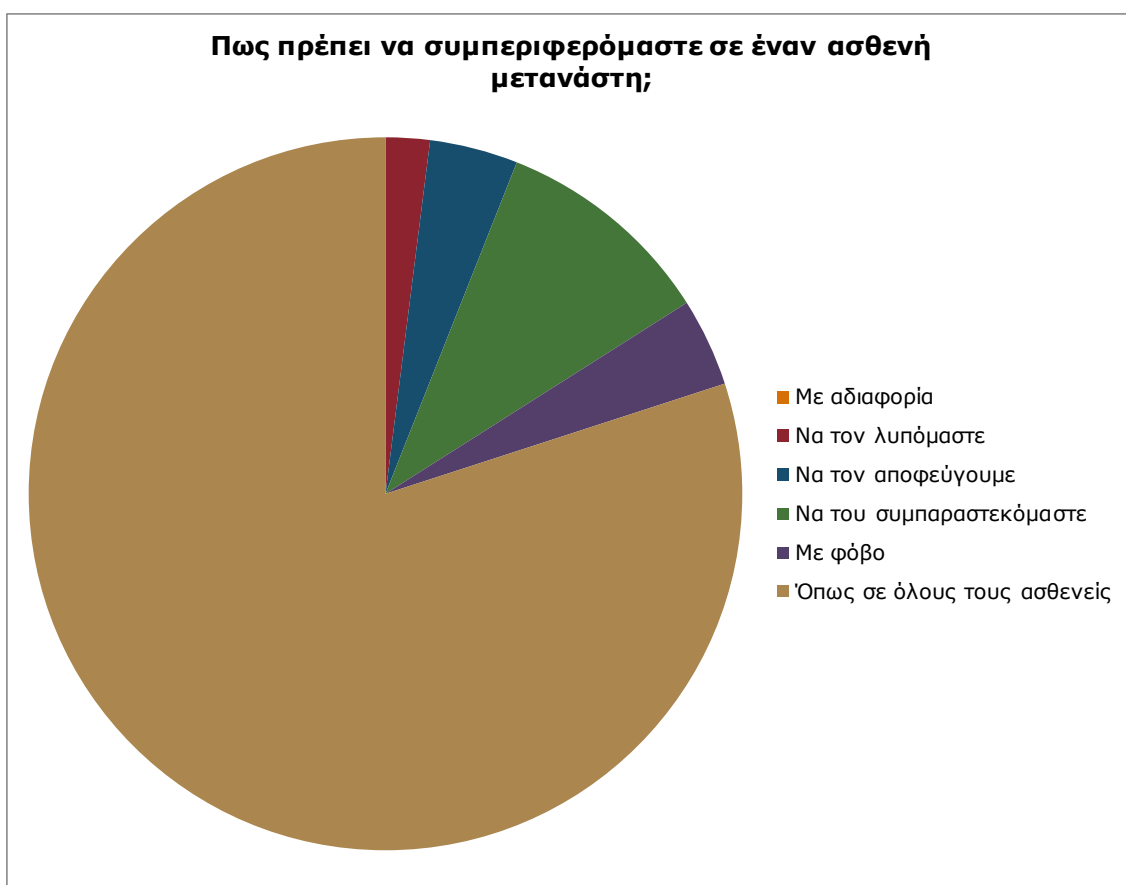
Στην επόμενη ερώτηση (Ερ. 20, Γράφημα 16), γίνεται προσπάθεια να ανιχνευθεί η συχνότητα επαφής των νοσηλευτών με τους μετανάστες ασθενείς. Έτσι λοιπόν, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων αναφέρει ότι έχει καθημερινή επαφή (66%), το 9% δηλώνει περισσότερες από 5 φορές το χρόνο, το 11% λιγότερες από 5 φορές, και ένα 14% ότι δεν έχει έρθει καθόλου σε επαφή με μετανάστες τον τελευταίο έτος. Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται παραστατικά οι πιο πάνω απαντήσεις :

**Γράφημα 16: Κατανομή απαντήσεων (πίτα) στην ερώτηση 20**



Η ερώτηση που ακολουθεί (Ερ. 21, Γράφημα 17) είναι ιδιαίτερα σημαντική , διότι αποκαλύπτει τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού στην φροντίδα ενός μετανάστη ασθενή. Η συντριπτική πλειοψηφία λοιπόν (80%) απάντησε ότι του φέρεται όπως σε όλους τους ασθενείς. Ένα αρκετά μικρότερο ποσοστό (10%) πιστεύει ότι θα πρέπει να του συμπαραστεύεται, και ακολουθούν κατόπιν οι απαντήσεις «να τον λυπόμαστε» (2%), « να τον αποφεύγουμε» (4%), και «με φόβο» (4%).

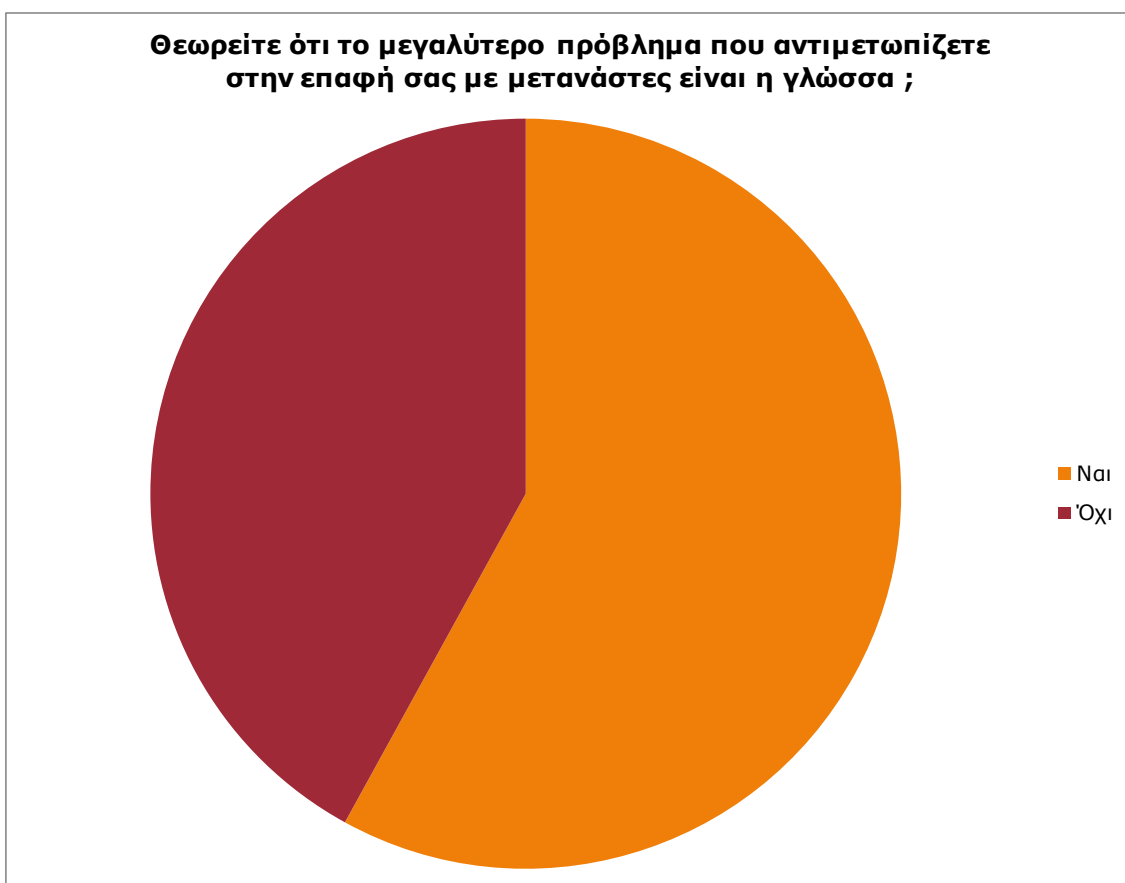
**Γράφημα 17: Κατανομή απαντήσεων (πίτα) στην ερώτηση 21**



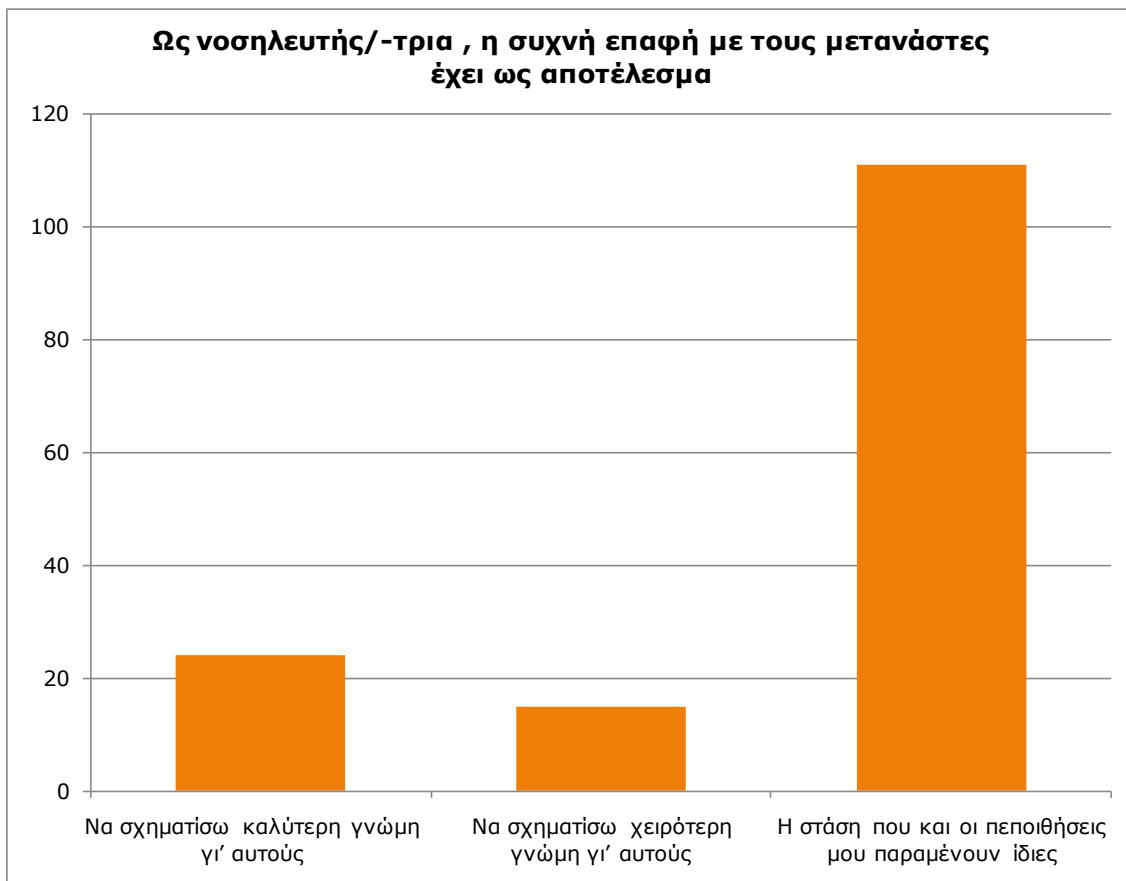
Στην ερώτηση 22, για το αν η γλώσσα είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στην επαφή τους με τους μετανάστες, το 57% απάντησε θετικά, ενώ το 43% αρνητικά.

Τέλος, στην ερώτηση 23 (Γράφημα 19), η οποία ανιχνεύει τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού μετά από συχνή επαφή με μετανάστες, οι περισσότεροι νοσηλευτές δηλώνουν ότι οι πεποιθήσεις τους παραμένουν οι ίδιες (74%), ένα μικρότερο ποσοστό (15%) δηλώνει ότι σχημάτισε καλύτερη γνώμη γι' αυτούς, ενώ το 11% δήλωσε ότι σχημάτισε χειρότερη άποψη γι' αυτούς.

**Γράφημα 18: Κατανομή απαντήσεων (πίτα) στην ερώτηση 22**



Γράφημα 19: Κατανομή απαντήσεων (ιστόγραμμα) στην ερώτηση 23





## **ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΜΕ ΘΕΤΙΚΗ Η ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ.**

Στη συγκεκριμένη παράγραφο γίνεται προσπάθεια να διακρίνουμε δημογραφικά χαρακτηριστικά και ευρύτερες πεποιθήσεις της επαγγελματικής ομάδας των νοσηλευτών ανάλογα με το αν είναι θετικά ή αρνητικά διακείμενοι απέναντι στους μετανάστες.

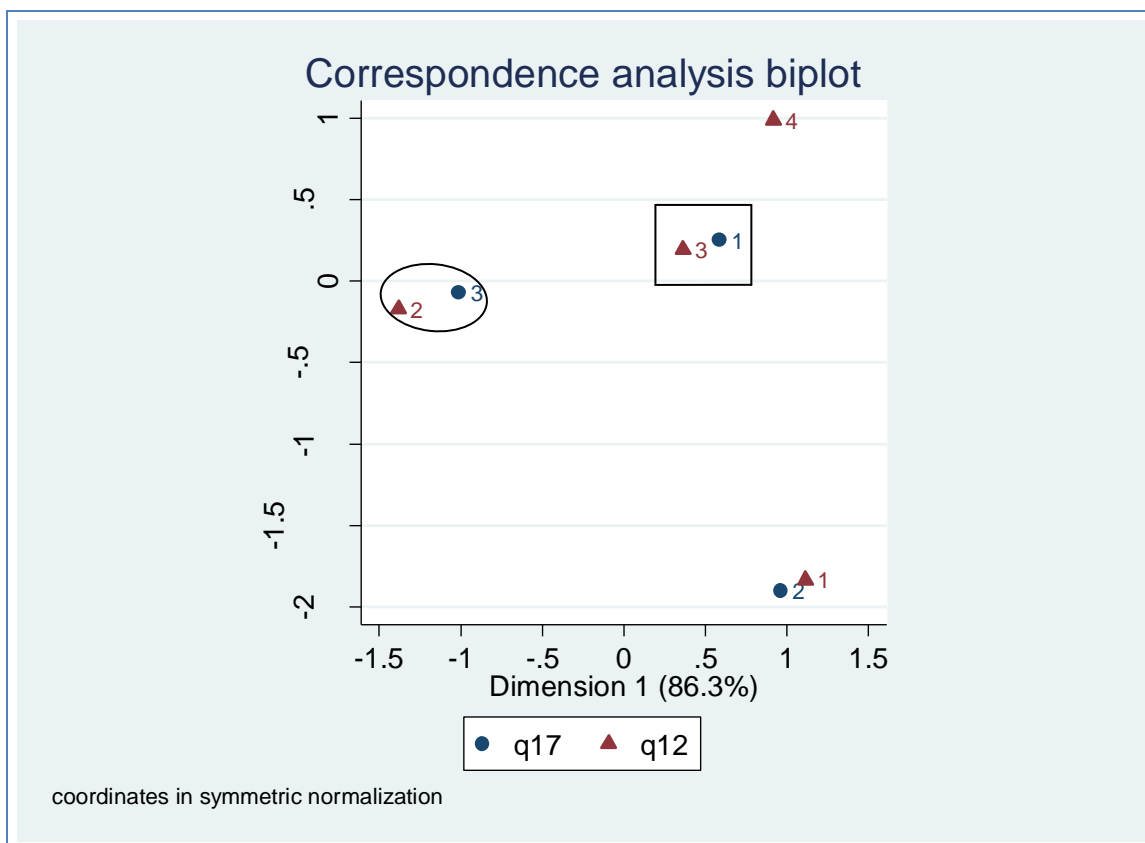
Για το λόγο αυτό είναι χρήσιμο να θέσουμε ως σημείο αναφοράς την ερώτηση 17, που αναφέρεται στην αντίδραση των νοσηλευτών στην περίπτωση που το παιδί τους, τους ανακοίνωνε την πρόθεσή του να παντρευτεί ένα μετανάστη. Οι πιθανές απαντήσεις στην ερώτηση αυτή είναι οι παρακάτω:

1. Θα με ενδιέφερε η ποιότητα του ανθρώπου και όχι η καταγωγή του.
2. Εάν ήταν ευκατάστατος δεν θα είχα κανένα πρόβλημα.
3. Εάν ήταν στο χέρι μου δεν θα το επέτρεπα ποτέ.

Λαμβάνουμε λοιπόν ως δεδομένο ότι αυτοί που επιλέγουν την πρώτη απάντηση εμφανίζουν θετική στάση απέναντι στους μετανάστες, ενώ εκείνοι που δίνουν την απάντηση νούμερο 3 είναι αυτοί που παρουσιάζονται αρνητικά διακείμενοι. Η υπόθεση αυτή ελέγχεται στη συνέχεια και με ερωτήσεις που έχουν αντίστοιχη ερμηνεία, ώστε να θεωρηθεί έγκυρη και να βοηθήσει στην εξέλιξη της έρευνας.

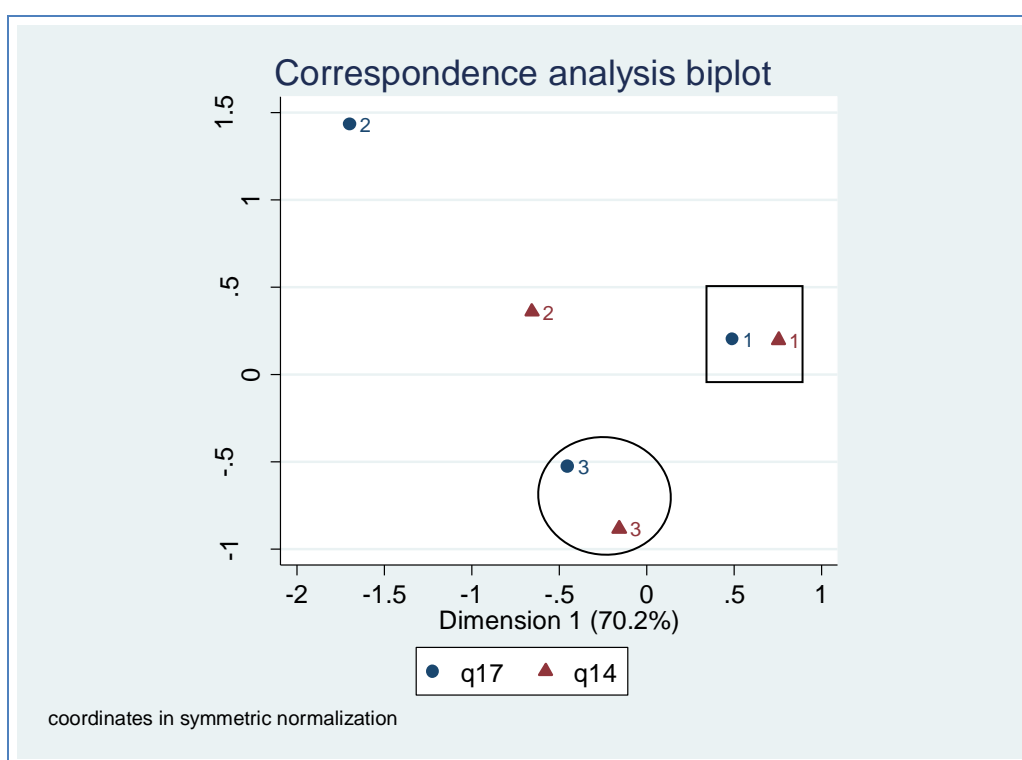
Πράγματι, παρατηρούμε ότι οι νοσηλευτές που δίνουν την απάντηση νούμερο 1 στην ερώτηση 17 είναι σε μεγάλο ποσοστό οι ίδιοι που εμφανίζονται θετικά τοποθετημένοι απέναντι στους μετανάστες, λέγοντας ότι η μετανάστευση στην Ελλάδα ήταν 'Καλή ευκαιρία για την ελληνική κοινωνία, που το κράτος την διαχειρίστηκε καλά, με ευεργετικές συνέπειες (δημογραφικό, ασφαλιστικό κλπ.)' (Απάντηση 1, Ερώτηση 12, Γράφημα 20).

Γράφημα 20: Ανίχνευση στάσεων των νοσηλευτών στην ερώτηση 12, όπως προκύπτει από το συσχετισμό της με την ερ. 17

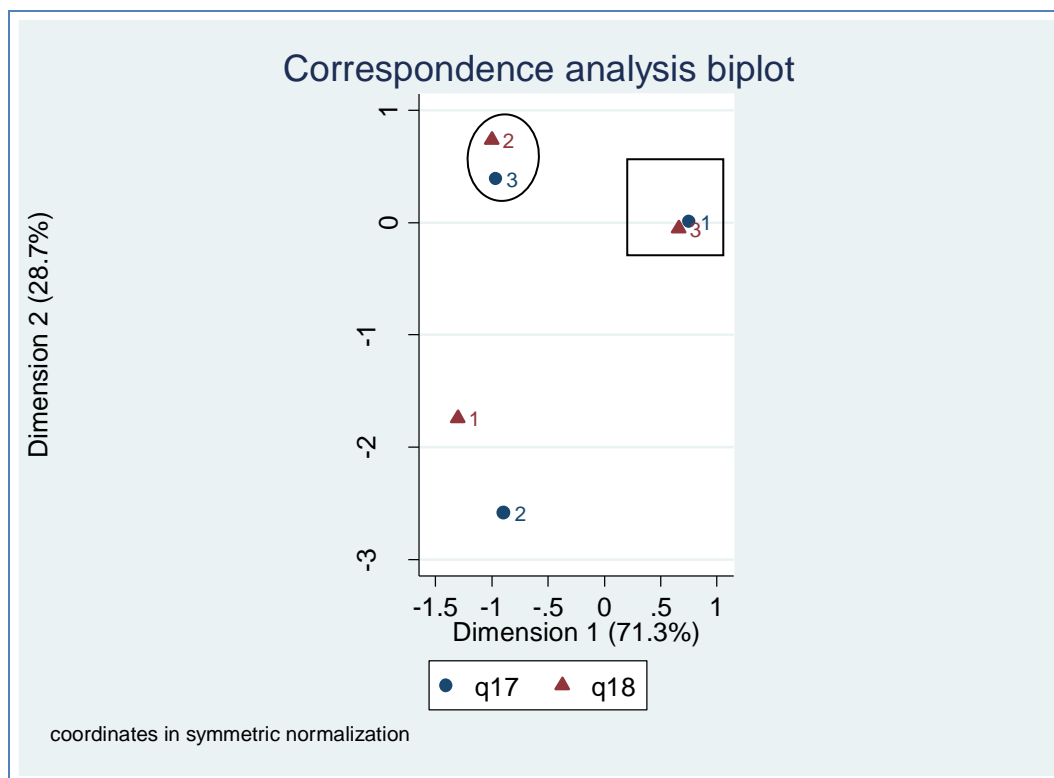


Είναι επίσης οι ίδιοι σε μεγάλο βαθμό (Γράφημα 21) που απαντούν την επιλογή νούμερο 1 στην ερώτηση 14 (δηλαδή πιστεύουν ότι θα ωφεληθεί η Ελλάδα αν οι μετανάστες ενταχτούν σε αυτή με ελληνική υπηκοότητα), καθώς και την επιλογή νούμερο 3 στην ερώτηση 18 (δηλαδή ότι θα έκριναν από τα προσόντα και όχι από την καταγωγή αν ήταν εργοδότες και είχαν να επιλέξουν ανάμεσα σε Έλληνα και μετανάστη εργαζόμενο) (Γράφημα 22).

**Γράφημα 21: Ανίχνευση αντιλήψεων των νοσηλευτών στην ερώτηση 14, όπως προκύπτει από το συσχετισμό της με την ερ. 17**



**Γράφημα 22: Ανίχνευση αντιλήψεων των νοσηλευτών στην ερώτηση 18, όπως προκύπτει από το συσχετισμό της με την ερ. 17**



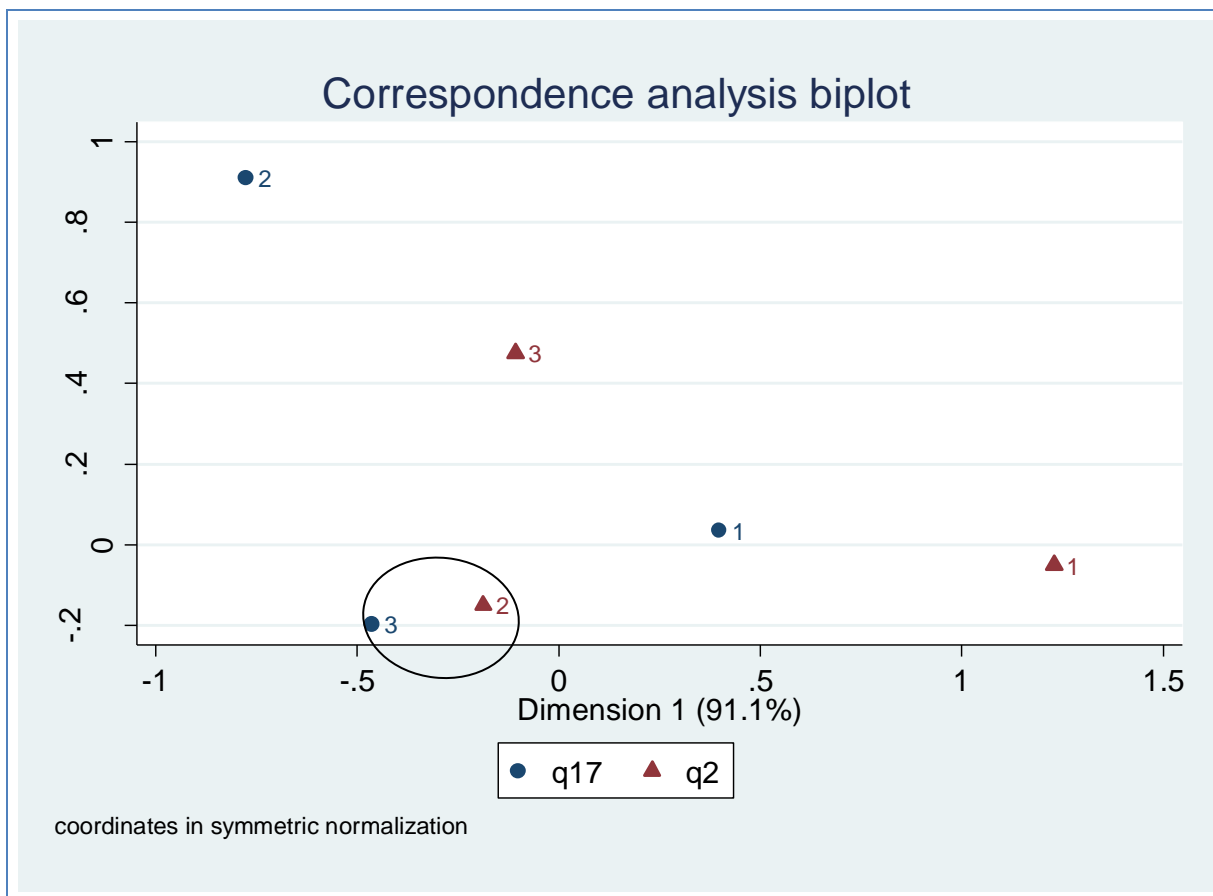
Αντίστοιχα, οι νοσηλευτές που δίνουν την τρίτη απάντηση στην ερώτηση 17 είναι σε μεγάλο ποσοστό οι ίδιοι που έχουν την αρνητική τοποθέτηση απέναντι στους μετανάστες, υποστηρίζοντας ότι η μετανάστευση στην Ελλάδα ήταν «Απώλεια» και «ιστορικό «ατύχημα» (Απάντηση 2, Ερώτηση 12, Γράφημα 8.20). Επίσης, είναι οι ίδιοι σε μεγάλο βαθμό (Γράφημα 21) που απαντούν την επιλογή νούμερο 3 στην ερώτηση 14 (δηλαδή πιστεύουν ότι θα ωφεληθεί η Ελλάδα αν οι μετανάστες δεν έχουν τα ίδια πολιτικά και κοινωνικά δικαιώματα), καθώς και την επιλογή νούμερο 1 στην ερώτηση 18 (δηλαδή ότι αν ήταν εργοδότες και είχαν να επιλέξουν ανάμεσα σε Έλληνα και μετανάστη εργαζόμενο, θα έδιναν τη δουλειά στον Έλληνα και ας είχε λιγότερα προσόντα) (Γράφημα 22).

Για την εξαγωγή των παραπάνω συμπερασμάτων εφαρμόστηκε η μέθοδος correspondence analysis. Κριτήριο για το συσχετισμό δύο απαντήσεων από δύο διαφορετικές ή μη ερωτήσεις είναι να βρίσκονται «κοντά» στο correspondence analysis biplot. Προκειμένου αυτό να γίνει εμφανές, οι κοντινές αρνητικές αντιλήψεις απέναντι στους μετανάστες σημειώνονται με κύκλο, ενώ οι κοντινές θετικές αντιλήψεις έχουν τετράγωνο περίγραμμα.

Η μελέτη των δημογραφικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών/τριών που έχουν αρνητική τοποθέτηση και αυτών που βλέπουν θετικά τους μετανάστες, ακολουθεί στη συνέχεια.

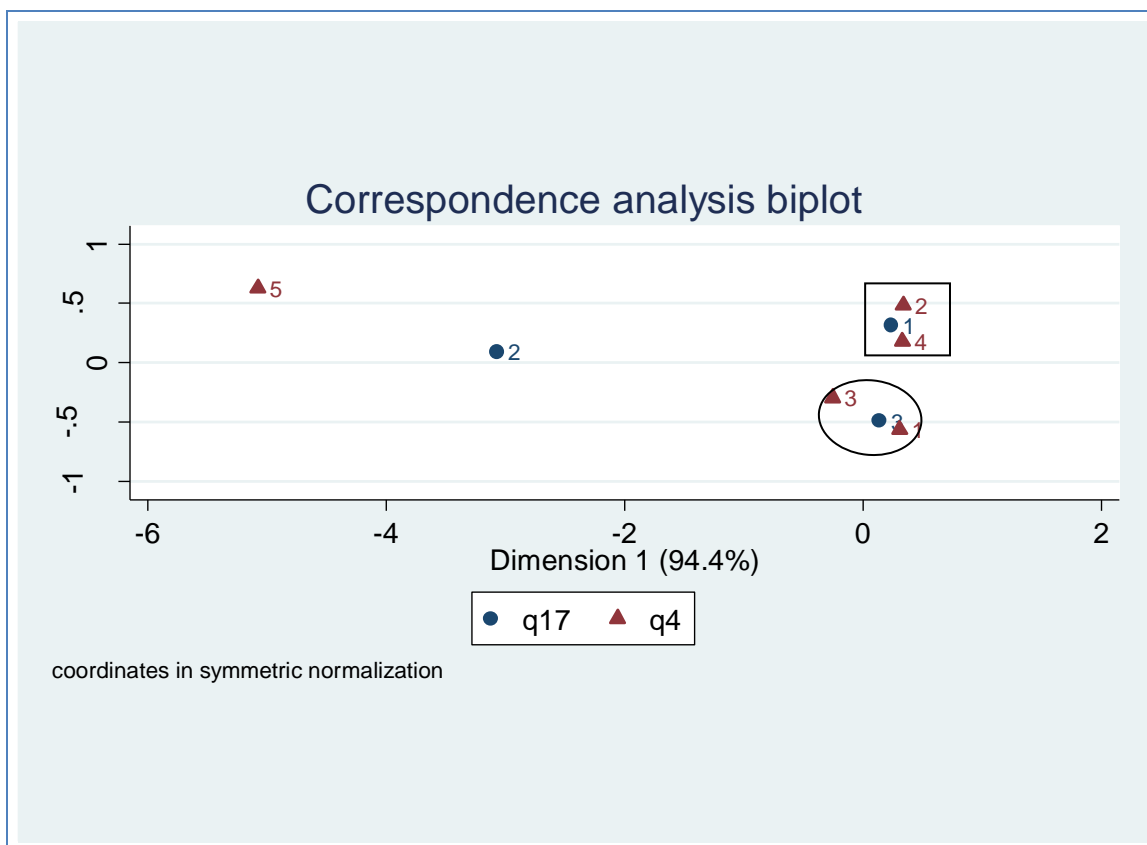
Ξεκινώντας από την ερώτηση 2 που περιγράφει την κατηγορία εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού, παρατηρούμε στο γράφημα 23 ότι όσοι από το εξεταζόμενο δείγμα έχουν τεχνολογική εκπαίδευση (απάντηση 2 στην ερώτηση 2) είναι περισσότερο αρνητικά διακείμενοι ως προς τους μετανάστες, σε σχέση με το υπόλοιπο δείγμα. Από την άλλη πλευρά, εκείνοι που διαθέτουν είτε πανεπιστημιακή, είτε δευτεροβάθμια εκπαίδευση, δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ούτε θετικά ούτε αρνητικά τοποθετημένοι απέναντι στους μετανάστες (σε σχέση με το υπόλοιπο δείγμα).

Γράφημα 23: Ανίχνευση στάσεων των νοσηλευτών στην ερώτηση 2, όπως προκύπτει από το συσχετισμό της με την ερ. 17



Επίσης στο γράφημα 24, φαίνεται ότι η ηλικιακές ομάδες που είναι πιο «φιλικές» προς τους μετανάστες είναι από 25 ως 34 και από 45 έως 54 ετών (απαντήσεις 2 και 4 στην ερώτηση 4), ενώ αντίθετα οι ηλικίες 18-25 και 35-44 (απαντήσεις 1 και 3 στην ερώτηση 4) δεν φαίνεται να βλέπουν με θετικό μάτι την παρουσία των μεταναστών.

**Γράφημα 24: Ανίχνευση στάσεων των νοσηλευτών στην ερώτηση 4, όπως προκύπτει από το συσχετισμό της με την ερ. 17**



Όσον αφορά τη στάση των νοσηλευτών απέναντι στους μετανάστες ανάλογα με το φύλο, τέθηκε σε εφαρμογή cross-tabulation της μεταβλητής «φύλο» (ερώτηση 1) με την ερώτηση 17 (Πίνακας 4). Έτσι, παρατηρούμε καθαρά ότι το ποσοστό των αντρών που είναι θετικά διακείμενοι απέναντι στους μετανάστες είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο των γυναικών (71% των αντρών δίνουν την απάντηση 1 στην ερώτηση 17, ενώ στις γυναίκες το 50%). Επίσης το 21% των αντρών δεν θέλει το παιδί του να παντρευτεί μετανάστη, ενώ στις γυναίκες το ποσοστό αυτό είναι 44%. Με άλλα λόγια, διαπιστώνουμε ότι οι γυναίκες είναι πιο αρνητικά τοποθετημένες σε σχέση με τους άντρες απέναντι στους μετανάστες.

**Πίνακας 4: Συσχέτιση της ερώτησης 2 (‘φύλο’) και της ερώτησης 17**

		ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
ΤΙ ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ ΑΝ ΜΕ ΕΝΔΙΑΦΕΡΕΙ Ο ΠΑΝΤΡΕΥΟΤΑΝ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΣΑΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΗ	ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΚΑΙ ΟΧΙ Η ΚΑΤΑΓΩΓΗ ΤΟΥ	30	54	84
	ΑΝ ΕΙΝΑΙ ΕΥΚΑΤΑΣΤΑΤΟΣ ΚΑΝΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	3	6	9
	ΑΝ ΗΤΑΝ ΣΤΟ ΧΕΡΙ ΜΟΥ ΔΕΝ ΘΑ ΤΟ ΕΠΕΤΡΕΠΑ	9	48	57
ΣΥΝΟΛΟ		42	108	150

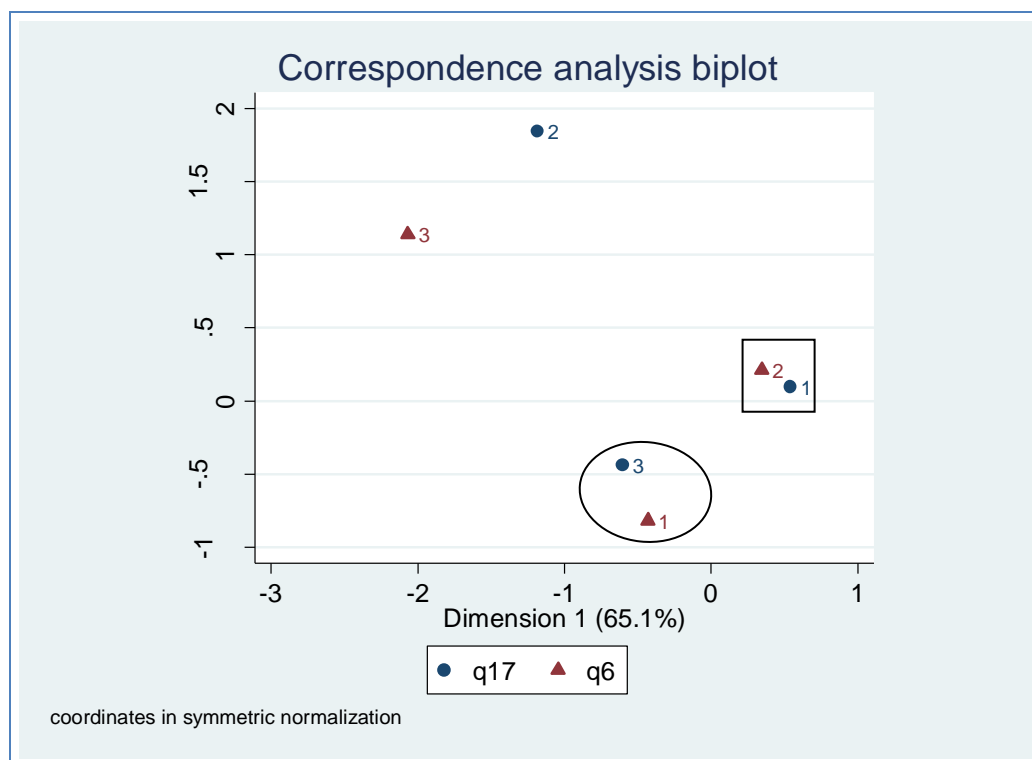
Μελετώντας τις γενικότερες πεποιθήσεις των νοσηλευτών/τριων που είναι θετικά τοποθετημένοι απέναντι στους μετανάστες, στην ερώτηση 6 (Γράφημα 25) διαπιστώνουμε ότι επιλέγουν την απάντηση 2 (ότι οι μετανάστες θέλουν να ενσωματωθούν στη ελληνική κοινωνία, αλλά αυτό δεν είναι εύκολο). Επιπλέον, στην ερώτηση 7 (Γράφημα 26) απαντούν ότι οι μετανάστες υφίστανται διακρίσεις από το κράτος και την κοινωνία (δηλαδή επιλέγουν την απάντηση 3). Στη συνέχεια, στην



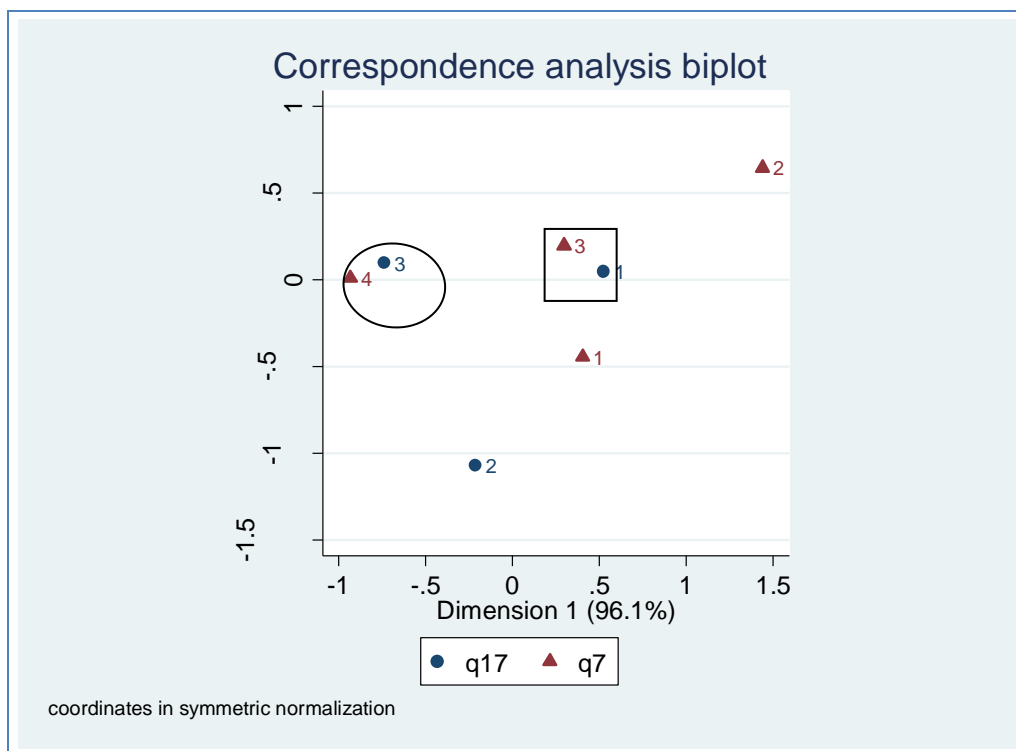
ερώτηση 9 (Γράφημα 27), οι περισσότεροι δίνουν την απάντηση νούμερο 2 (δηλαδή πιστεύουν ότι με τον τρόπο που εφαρμόζεται η μεταναστευτική πολιτική στη χώρα μας, οι μετανάστες ταλαιπωρούνται). Είναι φανερή επομένως η θετική στάση των νοσηλευτών όπως προκύπτει από τις παραπάνω απαντήσεις.

Αντίθετα, στις ίδιες ερωτήσεις, η μερίδα των νοσηλευτών που είναι αρνητικά τοποθετημένη απέναντι στους μετανάστες εκφράζει διαφορετικές απόψεις. Πιο συγκεκριμένα, στην ερώτηση 6 οι αρνητικά διακείμενοι νοσηλευτές δίνουν την απάντηση 1 (δηλαδή πιστεύουν ότι οι μετανάστες δεν θέλουν να ενσωματωθούν στην ελληνική κοινωνία), στην ερώτηση 7 απαντούν ότι οι μετανάστες δεν υφίστανται διακρίσεις (απάντηση 4), ενώ στην ερώτηση 9 επιλέγουν την απάντηση 1 (ότι δηλαδή ο τρόπος που εφαρμόζεται η μεταναστευτική πολιτική στη χώρα μας βοηθά τους μετανάστες να ενταχθούν).

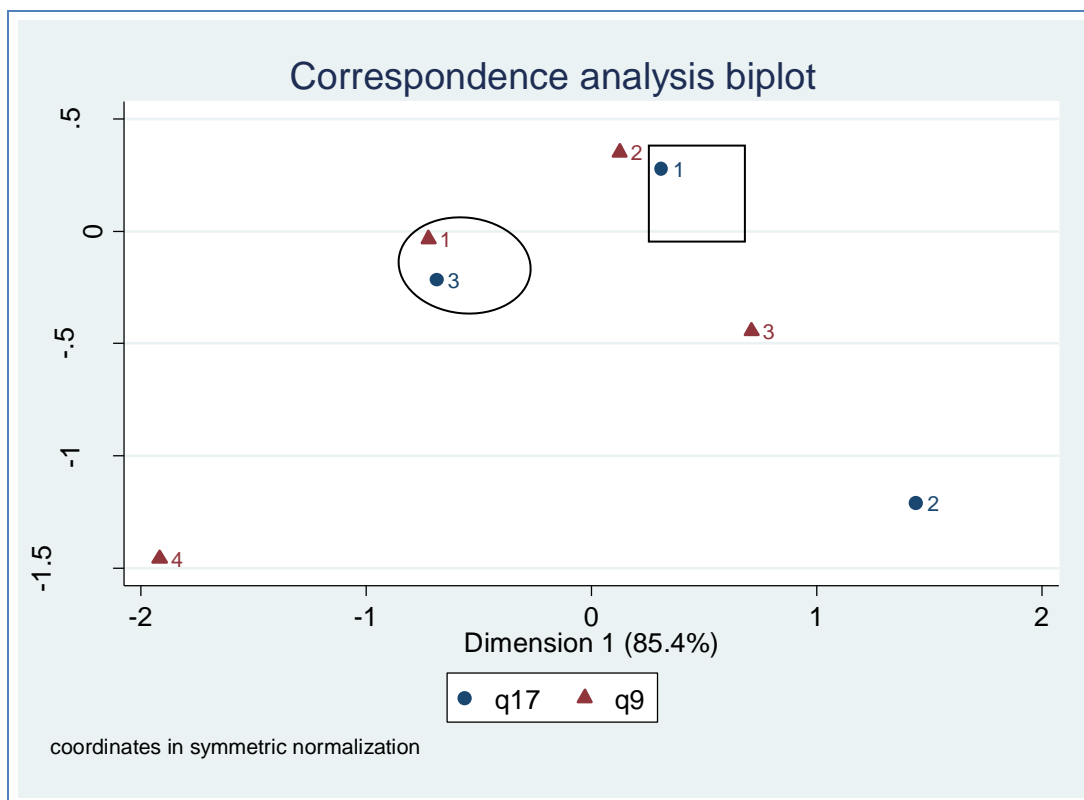
**Γράφημα 25: Ανίχνευση αντιλήψεις των νοσηλευτών στην ερώτηση 6, όπως προκύπτει από το συσχετισμό της με την ερ. 17**



**Γράφημα 26: Ανίχνευση στάσεων των νοσηλευτών στην ερώτηση 7, όπως προκύπτει από το συσχετισμό της με την ερ. 17**



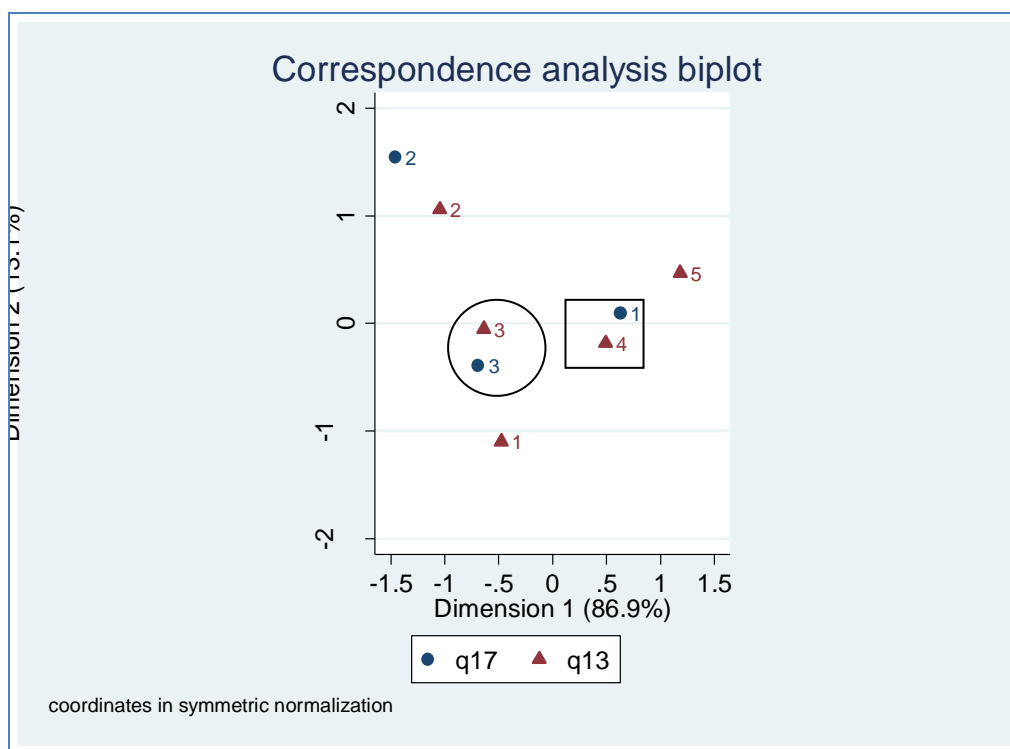
**Γράφημα 27: Ανίχνευση στάσεων των νοσηλευτών στην ερώτηση 9, όπως προκύπτει από το συσχετισμό της με την ερ. 17**



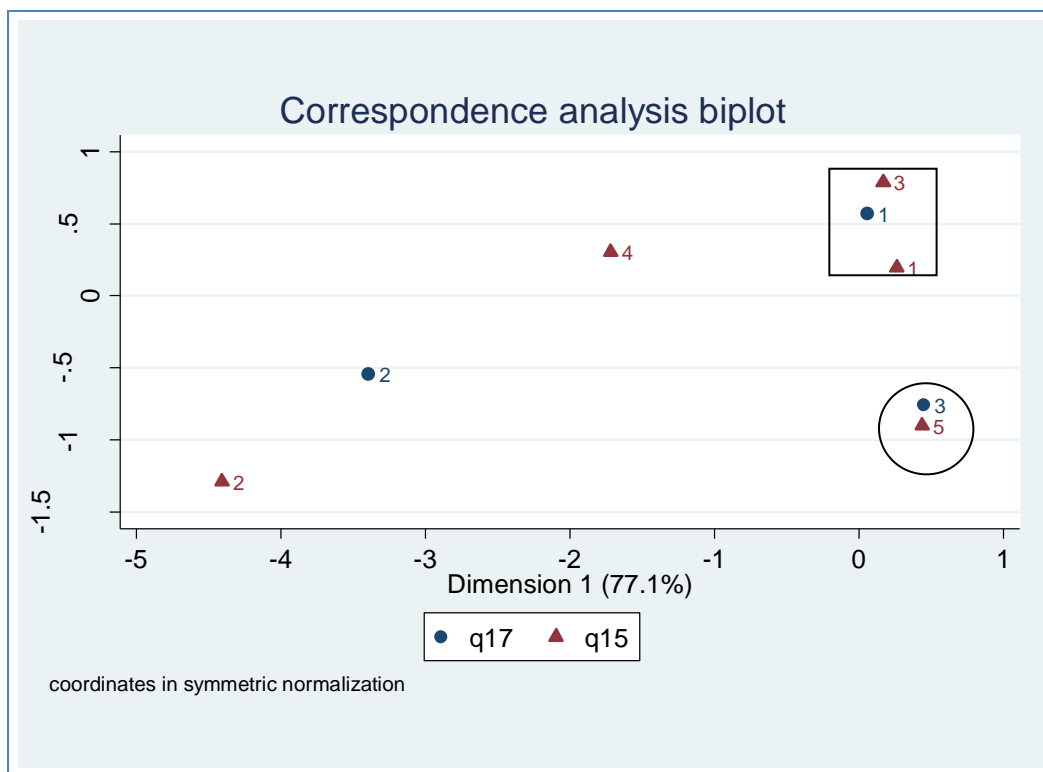
Ακόμη, όσον αφορά τα μειονεκτήματα της παρουσίας των μεταναστών, οι αρνητικά διακείμενοι νοσηλευτές απέναντι στους μετανάστες θεωρούν ότι το κυριότερο μειονέκτημα της ύπαρξής τους στην Ελλάδα είναι η αύξηση της εγκληματικότητας (απάντηση 2 στην ερώτηση 13, Γράφημα 28). Αντίθετα, η μερίδα του νοσηλευτικού προσωπικού που είναι θετικά διακείμενη θεωρεί ότι το κυριότερο μειονέκτημα είναι η άσκηση παράνομης εργασίας κακής ποιότητας και χαμηλού κόστους (απάντηση 2 στην ερώτηση 13).

Επιπροσθέτως, όσον αφορά τα πλεονεκτήματα της ύπαρξης των μεταναστών (ερώτηση 15), οι αρνητικά τοποθετημένοι απέναντι στους μετανάστες δίνουν την απάντηση 5 «κανένα από τα παραπάνω» (Γράφημα 29). Στην ίδια ερώτηση οι θετικά τοποθετημένοι δίνουν κυρίως τις απαντήσεις 1 «Ασκούν επαγγέλματα και κάνουν δουλειές, τις οποίες οι Έλληνες δεν επιθυμούν» και 3 «Ενισχύουν την πολυπολιτισμικότητα και τη συνύπαρξη των λαών» (Γράφημα 29).

**Γράφημα 28: Ανίχνευση στάσεων των νοσηλευτών στην ερώτηση 13, όπως προκύπτει από το συσχετισμό της με την ερ. 17**

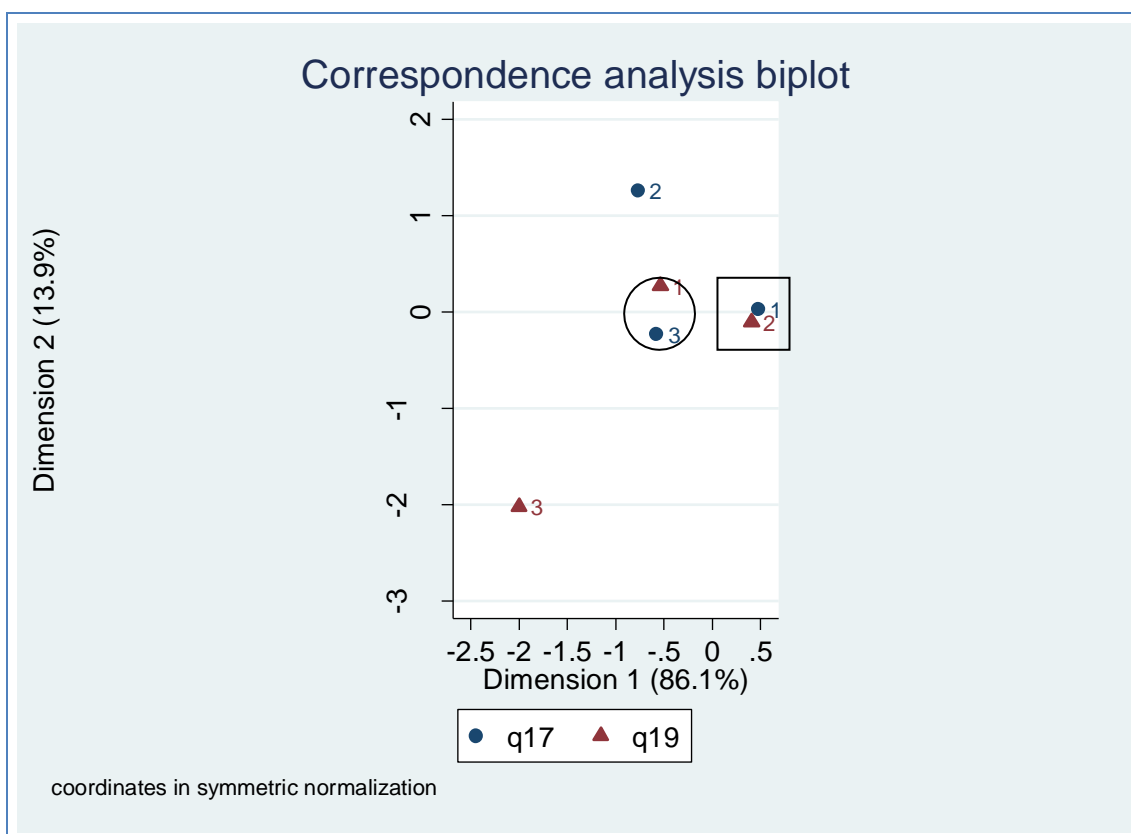


**Γράφημα 29: Ανίχνευση αντιλήψεων των νοσηλευτών στην ερώτηση 15, όπως προκύπτει από το συσχετισμό της με την ερ. 17**



Κατόπιν, σχετικά με την αντιμετώπιση των μεταναστών από τα νοσοκομεία και γενικότερα το εθνικό σύστημα υγείας (ερώτηση 19), παρατηρούμε ότι αυτοί που διατηρούν αρνητική στάση απέναντι στους μετανάστες φαίνεται να δίνουν την απάντηση 1, (δηλαδή αντιμετωπίζουν τους μετανάστες με καχυποψία) (Γράφημα 30). Αντίθετα, εκείνοι που χαρακτηρίζονται θετικά τοποθετημένοι, προτιμούν να εκφράζουν την άποψη ότι οι μετανάστες αντιμετωπίζονται χωρίς διακρίσεις, όπως όλοι οι Έλληνες πολίτες (απάντηση 2).

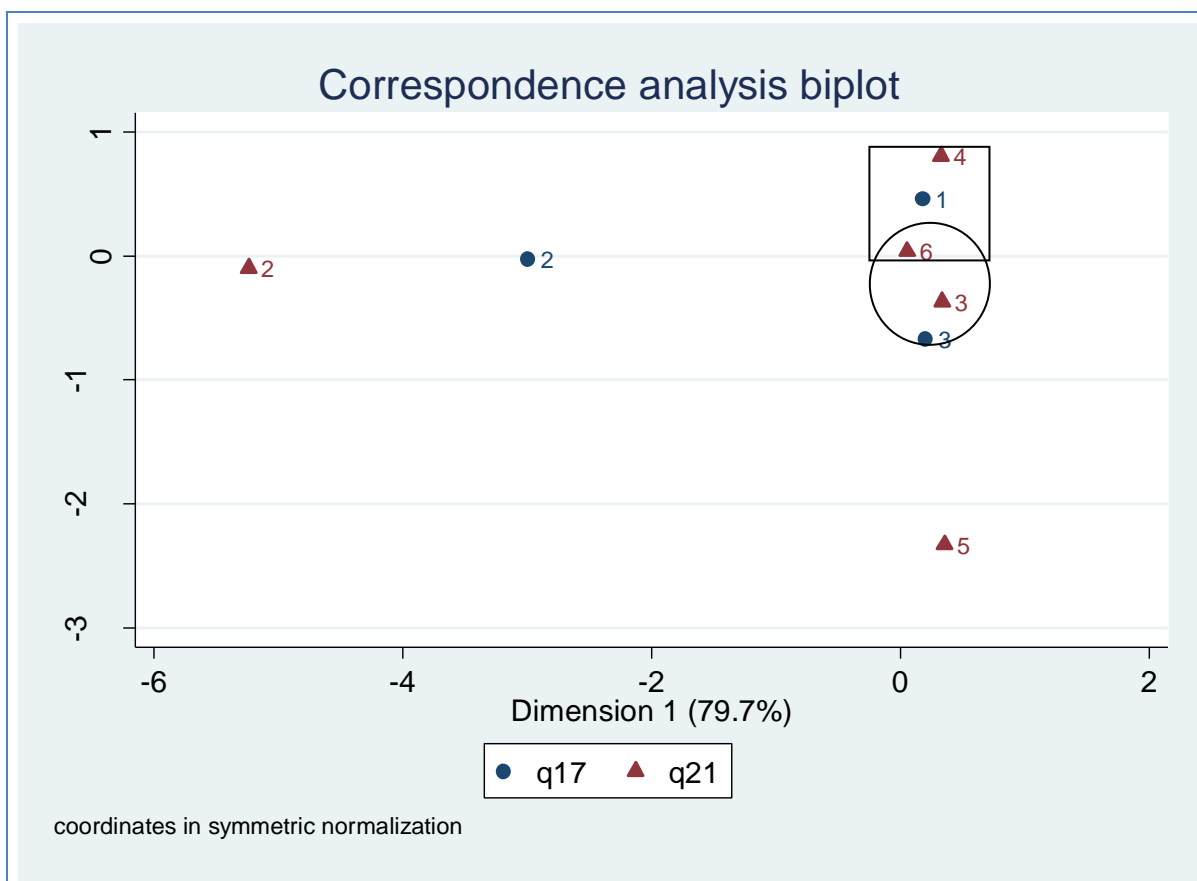
**Γράφημα 30: Ανίχνευση στάσεων των νοσηλευτών στην ερώτηση 19, όπως προκύπτει από το συσχετισμό της με την ερ. 17**



Ολοκληρώνοντας το κεφάλαιο αυτό, αξίζει να αναφερθεί και η ερώτηση 21: «πώς πρέπει να αντιμετωπίζεται ένας μετανάστης ασθενής;» Οι αρνητικά

τοποθετημένοι απέναντι στους μετανάστες δίνουν τις απαντήσεις 3 («να τον αποφεύγουμε») και 6 («όπως όλοι οι ασθενείς»). Οι θετικά τοποθετημένοι από την πλευρά τους επιλέγουν τις απαντήσεις 4 («να του συμπαραστεκόμαστε») και 6 («όπως όλοι οι ασθενείς»). Μάλιστα από το γράφημα 31 είναι φανερό ότι το 80% του δείγματος δίνει την απάντηση 6 στην ερώτηση αυτή, που σημαίνει ότι είτε θετική είτε αρνητική τοποθέτηση έχει κάποιος απέναντι στους μετανάστες, πιστεύει στη βάση ότι οι μετανάστες ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται αναμφίβολα όπως όλοι οι ασθενείς.

**Γράφημα 31: Ανίχνευση στάσεων των νοσηλευτών στην ερώτηση 21, όπως προκύπτει από το συσχετισμό της με την ερ. 17**



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ένα από τα βασικά συμπεράσματα στα οποία οδηγεί η παρούσα έρευνα είναι ο διαχωρισμός των νοσηλευτών του δείγματος σε δύο κατηγορίες, που διέπονται από δύο κύριες κοινωνικές αντιλήψεις.

Η πρώτη ομάδα νοσηλευτών, που φαίνεται να υπερισχύει, θεωρεί ότι μία καλύτερη πολιτική διαχείριση της μετανάστευσης, θα μπορούσε να επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην ελληνική κοινωνία. Οι συγκεκριμένοι νοσηλευτές δεν τοποθετούνται εντελώς άκριτα θετικά απέναντι στη μετανάστευση. Εμφανίζουν κριτική διάθεση για τις κρατικές και κοινωνικές πρακτικές, αλλά ταυτόχρονα διέπονται εν μέρει και οι ίδιοι από παγιωμένες αρνητικές απόψεις απέναντι στους μετανάστες.

Η δεύτερη, μειοψηφική τάση, είναι περισσότερο ομοιογενής στις κοινωνικές αντιλήψεις. Αντιμετωπίζει εν γένει αρνητικά τους μετανάστες και παρουσιάζει στοιχεία κοινωνικού συντηρητισμού.

Οι νοσηλευτές του δείγματος, στην πλειοψηφία τους, θεωρούν ότι οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες γίνονται σπάνια σεβαστές στη χώρα μας ή και καθόλου. Επιπλέον πιστεύουν ότι οι μετανάστες υφίστανται διακρίσεις τόσο από το κράτος, όσο και από την ίδια την κοινωνία.

Η πλειοψηφία επίσης, πιστεύει ότι οι μετανάστες θέλουν να ενσωματωθούν στην ελληνική κοινωνία, γεγονός όμως όχι ιδιαίτερα εύκολο. Την αιτία την αποδίδουν στην κρατική πρακτική, η οποία κυρίως δυσκολεύει τους μετανάστες στην ομαλή τους ένταξη. Παρά το γεγονός ότι το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευτών είναι θετικά διακείμενο απέναντι στους μετανάστες, εντούτοις το 64% του συνολικού δείγματος



πρεσβεύει την άποψη ότι οι μετανάστες πρέπει να φύγουν από τη χώρα, επιβεβαιώνοντας έτσι την ανωτέρω διαπίστωση ότι η θετικά τοποθετημένη ομάδα δεν μπορεί να αποβάλει κάποιες πάγιες αρνητικές αντιλήψεις.

Η γνώση της ελληνικής γλώσσας (ερ.10) είναι επίσης για τους περισσότερους νοσηλευτές απόδειξη της ένταξης του μετανάστη στην ελληνική κοινωνία, ενώ εντύπωση προκαλεί το αυξημένο ποσοστό της απάντησης «να έχει καλή οικονομική κατάσταση», σε σχέση με το μειωμένο «να έχει βαπτιστεί Χριστιανός ορθόδοξος». Συμπεραίνουμε επομένως, ότι πλέον στις μέρες μας, ο ασπασμός του εθνικού θρησκευματος δεν αποτελεί κύριο χαρακτηριστικό ένταξης στη σύγχρονη κοινωνία, όπως συχνά συνέβαινε στο παρελθόν.

Από τα βασικά μειονεκτήματα της ύπαρξης μεταναστών στη χώρα, οι νοσηλευτές θεωρούν την αύξηση της εγκληματικότητας, καθώς και την άσκηση παράνομης εργασίας, χαμηλής ποιότητας. Αναφορικά με τα πλεονεκτήματα της παρουσίας των μεταναστών είναι χαρακτηριστικό το ποσοστό (28%) ( περίπου 1 στους 4) που δεν εντοπίζουν κανένα θετικό σημείο.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον εμφανίζει επιπλέον το συμπέρασμα ότι η προσωπική επαφή του νοσηλευτικού προσωπικού με τους μετανάστες επεκτείνεται και πέραν του χώρου του νοσοκομείου, η οποία ούτως ή άλλως είναι επιβεβλημένη. Οι μισοί ερωτηθέντες δήλωσαν λοιπόν ότι σχετίζονται με μετανάστες στην προσωπική τους ζωή, γεγονός που θα μπορούσαμε να αποδώσουμε όχι τόσο στη «φιλική» τους πρόθεση, όσο περισσότερο στην «εργοδοτική» τους σχέση με μετανάστες, για την κάλυψη ορισμένων αναγκών τους (π.χ. επαφή με την μετανάστρια οικιακή βοηθό, συνεννόηση με τον αλλοδαπό εργάτη, κ.τ.λ.).

Άλλο συμπέρασμα που προκύπτει από την παρούσα έρευνα είναι πως η επαγγελματική συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού εμφανίζεται ανεξάρτητη από τις κοινωνικές του αντιλήψεις. Έτσι, αν κάποιος νοσηλευτής είναι τοποθετημένος είτε αρνητικά, είτε θετικά απέναντι στους μετανάστες, αυτό δεν θα επηρεάσει

καθόλου τον τρόπο με τον οποίο ασκεί τα καθήκοντά του. Στο ίδιο πλαίσιο, σχεδόν όλοι οι νοσηλευτές της έρευνας δήλωσαν πως η συμπεριφορά σε ένα μετανάστη ασθενή οφείλει να είναι η ίδια όπως σε όλους του ασθενείς. Βλέπουμε επομένως ότι η προσφορά υπηρεσιών υγείας από το νοσηλευτικό προσωπικό δεν κάνει διακρίσεις, ενώ για άλλη μια φορά επιβεβαιώνεται ότι η άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος είναι πρωτίστως λειτουργήμα.

Αναφορικά με τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την επεξεργασία των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος, παρατηρείται ότι μολονότι οι νοσηλευτές τεχνολογικής εκπαίδευσης προηγούνται ελάχιστα σε αρνητικά συναισθήματα για τους μετανάστες, σε σχέση με τους νοσηλευτές πανεπιστημιακής και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, εντούτοις το εύρημα αυτό απλά αναφέρεται, χωρίς να θεωρείται στατιστικά σημαντικό. Επομένως θα λέγαμε, όλες οι εξεταζόμενες ομάδες νοσηλευτών βάσει της εκπαιδευτικής του βαθμίδας (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ) δεν χαρακτηρίζονται ούτε θετικά, ούτε αρνητικά διακείμενες απέναντι στους μετανάστες.

Οι ηλικιακές ομάδες που παρουσιάζονται σχετικά πιο «φιλικές» απέναντι στους μετανάστες σε σχέση με το υπόλοιπο δείγμα είναι από 25 ως 34 ετών και από 45 έως 54 ετών. Οι δεκαετίες αυτές, οι οποίες συνοδεύονται κατά κύριο λόγο από τη δημιουργία οικογένειας, φανερώνουν μία μεγαλύτερη διάθεση των ατόμων να προσφέρουν φροντίδα, προστασία και «συμπάθεια» σε οτιδήποτε αδύναμο, κάτι που με τη σειρά τους οι νοσηλευτές μεταφέρουν στις αντιλήψεις τους γενικότερα για τους μετανάστες.

Τέλος, στη συγκεκριμένη έρευνα εντοπίστηκαν μικρές διαφορές φύλου που συνηγορούν υπέρ των ανδρών, σε ό,τι αφορά τη θετική τοποθέτηση απέναντι στους μετανάστες. Το φαινόμενο αυτό, μπορεί να είναι απόρροια του ρόλου των δύο φύλων, είτε της διαφορετικής ιδιοσυγκρασίας, είτε ακόμα των στερεοτυπικών αντιλήψεων.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Για την ολοκλήρωση της έρευνας, επιχειρήθηκε η σύγκριση των αποτελεσμάτων της, με τα ευρήματα της ποσοτικής μελέτης με θέμα: «Επαγγελματίες υγείας και οικονομικοί μετανάστες. Στάσεις και συμπεριφορές που καθορίζουν μια αμφίδρομη σχέση. Η περίπτωση του Γ.Ν.Ν.Θ.Α. “Η Σωτηρία”», των Σκουραδάκη και Ιωαννίδη, του τομέα κοινωνιολογίας της ΕΣΔΥ. Η ανωτέρω έρευνα διενεργήθηκε από 1/10/06 έως 30/11/06 και συμμετείχαν συνολικά 134 εργαζόμενοι (ιατροί και νοσηλευτές) όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων, καθώς και 96 οικονομικοί μετανάστες.

Τόσο στην αναφερόμενη, όσο και στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ο διαχωρισμός του νοσηλευτικού προσωπικού σε δύο κατηγορίες. Η μία τοποθετείται θετικά μεν, αλλά ταυτόχρονα εμφανίζει και κριτική διάθεση απέναντι στους μετανάστες και αποτελεί την πλειοψηφία του δείγματος. Η δεύτερη, η μειοψηφία, είναι αρνητικά διακείμενη και ομοιογενής στις απόψεις της.

Στην έρευνα των Σκουραδάκη – Ιωαννίδη, το μεγαλύτερο μέρος του προσωπικού δεν θεωρεί ότι οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των μεταναστών γίνονται σεβαστές στην Ελλάδα, ενώ στην παρούσα έρευνα η πλειοψηφία του δείγματος απαντά ότι αυτό συμβαίνει μόνο μερικές φορές.

Επίσης, στις δύο έρευνες είναι κοινή η διαπίστωση ότι οι μετανάστες υπόκεινται σε διακρίσεις τόσο από το κράτος όσο και από την κοινωνία.

Άλλο κοινό εύρημα είναι πως αμφότεροι οι εξεταζόμενοι νοσηλευτές θεωρούν την κρατική πρακτική υπεύθυνη για τη δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες στην ένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο.

Επιπλέον, και στις δύο έρευνες παρατηρούμε ότι η άσκηση των επαγγελματικών καθηκόντων του νοσηλευτικού προσωπικού μένει ανεπηρέαστη από τις κοινωνικές πεποιθήσεις του, όσον αφορά τους μετανάστες.

Διαφορά επισημαίνεται στην προσωπική επαφή που αναπτύσσεται μεταξύ των νοσηλευτών με τους μετανάστες, καθώς στην παρούσα έρευνα η επαφή αυτή εκτείνεται και πέραν του επαγγελματικού χώρου του νοσοκομείου και χαρακτηρίζεται σαφώς «εργοδοτική». Αντίθετα, στην έρευνα των Σκουραδάκη – Ιωαννίδη, η επαφή περιορίζεται εντός του νοσοκομείου.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η επαφή του νοσηλευτικού προσωπικού με τους μετανάστες, αφήνει αναλλοίωτες τις υπάρχουσες αντιλήψεις του προσωπικού απέναντι στους δεύτερους σε αμφότερες τις έρευνες.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μελλοντικές έρευνες, με δείγμα νοσηλευτικό προσωπικό, θα ήταν χρήσιμο να συμπεριλάβουν περισσότερες διαφοροποιημένες ομάδες. Ειδικότερα, η συγκριτική μελέτη ανάμεσα σε νοσηλευτές, οι οποίοι εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία και σε όσους εργάζονται στο χώρο της ιδιωτικής υγείας, ίσως να έφερνε στην επιφάνεια ενδιαφέρουσες διαφορές στη διαμόρφωση στάσεων και αντιλήψεων για τους μετανάστες.

Επιπρόσθετα, συγκριτική έρευνα θα μπορούσε να διενεργηθεί σε νοσηλευτές αν το δείγμα διαφοροποιούταν βάση της ειδικότητάς τους. Σύγκριση δηλαδή νοσηλευτών μονάδων εντατικής θεραπείας με νοσηλευτές επειγόντων, νοσηλευτές χειρουργείου, παθολογικών κλινικών κ.α. Το γεγονός αυτό ίσως να επιδρά στη δημιουργία διαφορετικών απόψεων για το θέμα της μετανάστευσης.

Τέλος, θα ήταν χρήσιμο να πραγματοποιηθεί διαχρονική μελέτη των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού, για να διαπιστωθεί αν τα άτομα με συγκεκριμένες πάγιες τοποθετήσεις απέναντι στους μετανάστες από την αρχή της σταδιοδρομίας τους, μεταβάλλουν τη γνώμη τους στη μετέπειτα επαγγελματική πορεία τους. Στην περίπτωση αυτή, το αρχικό δείγμα, θα μπορούσαν να αποτελέσουν νεοδιοριζόμενοι νοσηλευτές.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Andrews M., Royle J. (2001). *Transcultural Concepts in Nursing Care* 3rd edition  
Lippincott Philadelphia. New York. Baltimore  
Available : <http://nursingworld.org/ojin/topic20/tpc20ntr.htm>
2. Borjas G.J (1993) : “The impact of immigrants on Employment Opportunities of Natives”, in OECD, *The changing Course of International Migration*, Paris
3. Campinha - Bacote J., (2000), *The process of cultural competence in the Delivery Healthcare Services: A culturally competent model of care* 3<sup>rd</sup> edition.  
Transcultural C.A.R.E. Associates, Cincinnati OH
4. Commission of the European Communities, DG V, (2001): *National policies to combat social exclusion. First Annual Report of the European Community Observatory*. Edited by Graham Room.
5. Cook C., (2003), *the many faces of diversity: Overview and Summary* Online  
Journal of issues in nursing Vol 8 No 1
6. Dossey B.Keegan L. και Guzetta C. (2000) *Holistic Nursing: A handbook for Practice*. 3<sup>rd</sup> edition. Aspen Publishers Inc, Gaithersburg Maryland 2000:156-162
7. Edwards M (2004): *Albanian Emigration and the Greek Labour Market: economic symbiosis and social ambiguity*, *South East Europe Review*
8. Eisenstadt, S.N. (1953). *Analysis of patterns of immigration and absorption of immigration.* ,*Population Studies*, **7**(2), 167-180
9. Frey, M. & U. Mammey (1996) *Impact of Migration in the Receiving Countries*,  
OIM

10. Gabaglio E. (2003), «Οικονομική και κοινωνική ενσωμάτωση των μεταναστών και η δράση της Ε.Ε.»
11. Giger J. & Davidhizar R. (2000), *Transcultural Nursing: Assessment and Intervention*. 3<sup>rd</sup> edition. Mosby – Year Book Inc, St. Louis
12. Leininger, (2002), *Transcultural nursing and globalization of health care: importance, focus and historical aspects*. In Leininger M., Mc Farland M.R. editors. *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice* ed.3, New York, 2002, McGraw - Hill
13. Papademetriou, D. (1994) « The economic and labor market effects of immigration on the United States », *National Forum* Vol. 74 No. 3, 17-21,40
14. Pumell L. & Paulanka B., (2003), *Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach*. Davis Company, Philadelphia
15. Rattansi, A., Westwood, S. (1994) (Eds.). *Racism Modernity & Identity on the Western Front*. Cambridge USA: Polity Press.
16. Sauvy A. (1974) “General Theory of Population”, Methuen & co Ltd, G.B
17. Sealey L., (2003), *Cultural competence of faculty of Baccalaureate nursing programs*. Dissertation. Louisiana State University, Louisiana, USA
18. Talabere, L.R. (1996). *Meeting the challenge of culture care in nursing: Diversity, sensitivity, competence, and congruence*. *Journal of Cultural Diversity*
19. Βεϊκού Μ. (1998), «Αναγκαστική μετανάστευση: Στοιχεία κοινωνικού αποκλεισμού και εθελοντικήςαποδοχής ανισοτήτων», στο : *Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνικός αποκλεισμός*, Αθήνα, Εξάντας και Ίδρυμα Σάκη Καραγιωργα, 479-487
20. Βεντούρα Λ. (1998), «Η Ελλάδα της μετανάστευσης. Κοινωνική συμμετοχή, δικαιώματα και ιδιότητα του πολίτη», χ.τ., Κριτική
21. Βεντούρα Λ. (2000), «Μετανάστευση και ένταξη των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία», χ.τ., Gutenberg
22. Βήχος Π. (2003) «Μετανάστες: Το δίκαιο της εξολόθρευσης του διαφορετικού: Περιοδικό Μαρμίτα, 07/04/2003

23. Βούλγαρης Γ., Δώδος Δ., Καφετζής Π., Λυριντζής Χ., Μιχαλοπούλου Κ., Νικολακόπουλος Η., Σπουρδαλάκης Μ., και Τσουκαλάς Κ. (1995), «Η πρόσληψη και η αντιμετώπιση του «άλλου» στη σημερινή Ελλάδα», στο : Ελληνική Επιθεώρηση Πολιτικής Επιστήμης, Νο 5, 1995,σελ. 81-100
24. Γετίμης Π., Πετρινώτη Ξ., «Ανίχνευση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν στελέχη του Δημοσίου Τομέα, στην εξυπηρέτηση των Μεταναστών – Παλλινოსτούντων – Προσφύγων και τη διατύπωση προτάσεων για προγράμματα κατάρτισης – ευαισθητοποίησης». Αθήνα, Οκτώβριος 2003, [www.uehr.panteion.gr](http://www.uehr.panteion.gr)
25. Γιαννίρη Ν.(2003), «Χρυσάφι» τα ξένα χέρια, Ελευθεροτυπία 31/01/2003
26. Γιαννίτσης Τ. (αν. υπουργός Εξωτερικών), (2003), Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία 05/01/2003, συνέντευξη στη Βασιλική Σιούτη.
27. Γιατροί χωρίς σύνορα (2006), Προγράμματα εντός συνόρων, ενημερωτικό φυλλάδιο: «προγράμματα της διπλανής πόρτας».
28. Ζαχάρης Φ. (2008) «Μετανάστευση και Υγεία» Ανάκτηση από: <http://www.e-lefkas.gr>, Φεβρουάριος 2010
29. Καβουνίδη Τ., (2000), Κοινωνικός αποκλεισμός: Έννοια, κοινοτικές πρωτοβουλίες, Ελληνική εμπειρία και διλήμματα πολιτικής, δημοσιευμένο στο Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα, έκδοση ΕΚΚΕ, τ. Β', σελ. 47-79
30. Κογκίδου, Δ. (1998). Κοινωνικός Αποκλεισμός και Οικογένεια, Ευρωπαϊκό Forum για την οικογένεια. Ευρώπη-21ος αιώνας: Όραμα και θεσμοί. Πρακτικά, Νέα Σύνορα. Αθήνα: Λιβάνη.
31. Λαμπριανίδης Λ., Λυμπεράκη Α. (2005). Αλβανοί μετανάστες στη Θεσσαλονίκη: Διαδρομές ευημερίας και παραδρομές δημόσιας εικόνας, Θεσσαλονίκη: Παρατηρητής
32. Μαράτου-Αλιπρανή Λ. (2005), «Ξένο εργατικό δυναμικό». Τόμος Α, Αθήνα: ΕΚΚΕ.
33. Μαρβάκης Αθ., Παρσάνογλου Δ. Και Παύλου Μ. (επιμ.) (2001), Μετανάστες στην Ελλάδα. Αθήνα: Ελλ. Γράμματα



34. Μπάγκαβος Χ., Παπαδοπούλου Δ. (2003). «Μεταναστευτικές τάσεις και Ευρωπαϊκή Μεταναστευτική Πολιτική», Σειρά μελετών του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, Αθήνα
35. Μπούκα Ν. (2008) Ανάκτηση από: <http://www.makthes.gr>, Φεβρουάριος 2010.
36. Νανούρης Δ. (2003) «Το κράτος απουσιάζει για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες» Ελευθεροτυπία 05/01/2003
37. Ναζάκης Χ., Χλέτσος Μ. (2001), «Μετανάστες και μετανάστευση: Οικονομικές, Πολιτικές και Κοινωνικές πτυχές», Αθήνα, εκδ. Πατάκη
38. ΟΗΕ και Διεθνής Αμνηστία, Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία – 05/01/2003
39. Παρασκευόπουλος, Ι. (1993). Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας. Τόμοι 1 & 2. Αθήνα
40. Πετσάλνικος Φ. (2003) «Κακούργημα το δουλεμπόριο» Ελευθεροτυπία 05/01/2003
41. Πρακτικά 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ και ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ,(2002)
42. Σταμάτης, Α. (3/2005). «Απασχόληση και Ανεργία των μεταναστών», Περιοδικό Ενημέρωση ΙΝΕ/ΓΣΕΕ, τεύχος 115
43. Τζιλιβάκη Κ., (2000) «Λαθρομετανάστες στην Ελλάδα: δεν έχουν δικαίωμα περίθαλψης!» AthensNews (Εναλλακτικό Δίκτυο Πληροφόρησης) - Γραφείο Αθήνας, 29-31/7/2000
44. Τζωρτζοπούλου Μ., (2002), «Η θέση των μεταναστών στην Ελλάδα» στο: Μουρίκη Α., Ναούμη Μ., και Παπαπέτρου Γ., (επιμ.), Το κοινωνικό πορτραίτο της Ελλάδας, Αθήνα, ΕΚΚΕ, 2002, 45-62
45. Τούντας Γ., 2001, Μοντέλα Συμπεριφορών Υγείας, Νέα Υγεία, τεύχος 24, Απρίλιος – Ιούνιος, σελ 35-55
46. Τσαούσης Δ.Γ. (1999), Κοινωνική Δημογραφία, Αθήνα: Gutenberg
47. Τσιάκαλος, Γ.,(2000). Οδηγός αντιρατσιστικής εκπαίδευσης. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
48. Τσιγκρής Α.Α. (2004), «Μετανάστευση και λαθρομετανάστευση» στο περιοδικό Εψιλον
49. Ύπατη Αρμοστεία ΟΗΕ για Πρόσφυγες, 2002

50. Χλέτσος Μ (2005) : Μετανάστευση, Αγορά Εργασίας και ρατσισμός: Μία Εναλλακτική Προσέγγιση. Άρθρο στην ψηφιακή βιβλιοθήκη «Πάνδημος», Πάντειο Πανεπιστήμιο
51. Χλέτσος Μ. (2005), Οικονομικές Διαστάσεις της Μετανάστευσης. Επιπτώσεις στον Αγροτικό Τομέα, ΙΜΕΠΟ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

(Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις)

#### Α' ΜΕΡΟΣ

##### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. ΦΥΛΟ : Άνδρας  Γυναίκα

##### ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

2. i) ΠΕ ii) ΤΕ iii) ΔΕ

3. ΈΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ i) 0 – 5

ii) 6 – 10

iii) 11 – 15

iv) 16 και άνω

4. ΗΛΙΚΙΑ i) 18 - 25

ii) 26- 35

iii) 36 - 45

iv) 46 - 55

v) 55 και άνω

#### Β' ΜΕΡΟΣ

5. Πιστεύετε ότι οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των μεταναστών γίνονται σεβαστές στη χώρα μας; i.) Ναι ii.) Όχι iii.) Μερικές φορές

6. Νομίζετε πως οι μετανάστες στην Ελλάδα

- i. Δεν θέλουν να ενσωματωθούν στην ελληνική κοινωνία
- ii. Θέλουν να ενσωματωθούν στην ελληνική κοινωνία, αλλά δεν είναι εύκολο
- iii. Ενσωματώνονται εύκολα και χωρίς προβλήματα

7. Πιστεύετε πως οι μετανάστες στη χώρα μας

- i. Υφίστανται διακρίσεις από την κοινωνία
- ii. Υφίστανται διακρίσεις από το κράτος και τους θεσμούς του
- iii. Υφίστανται διακρίσεις από την κοινωνία και τους κρατικούς θεσμούς
- iv. Δεν υφίστανται διακρίσεις

8. Πιστεύετε πως οι μετανάστες στην Ελλάδα πρέπει

- i. Να μείνουν στην Ελλάδα για πολλά χρόνια
- ii. Οι περισσότεροι να μείνουν εδώ για πάντα
- iii. Οι περισσότεροι να γυρίσουν πίσω στην πατρίδα τους.

9. Θεωρείτε ότι ο τρόπος με τον οποίο εφαρμόζεται η μεταναστευτική πολιτική στην Ελλάδα

- i. Βοηθά τους μετανάστες να ενταχθούν στην ελληνική κοινωνία
- ii. Ταλαιπωρεί τους μετανάστες και δεν τους βοηθά να ενταχθούν
- iii. Θα αναγκάσει τους καλύτερους να φύγουν από τη χώρα μας με προορισμό άλλες χώρες.

10. Ποιο από τα παρακάτω χαρακτηριστικά είναι κατά τη γνώμη σας αυτό που αποδεικνύει περισσότερο την ένταξη ενός μετανάστη στην ελληνική κοινωνία:

- i. Να γνωρίζει καλά την ελληνική γλώσσα
- ii. Να έχει βαπτιστεί χριστιανός ορθόδοξος
- iii. Να έχει καλή οικονομική κατάσταση

11. Πιστεύετε ότι:

- i. Οι μετανάστες δεν μπορούν να θεωρηθούν ως Έλληνες ποτέ.
- ii. Τα παιδιά των μεταναστών που γεννιούνται στην Ελλάδα θεωρούνται ότι είναι Έλληνες πολίτες.
- iii. Έλληνες πρέπει να θεωρούνται μόνο όσοι έχουν ελληνική καταγωγή.
- iv. Έλληνας μπορεί να γίνει και ο μετανάστης εφόσον ζει πολλά χρόνια στην Ελλάδα και μετέχει στο πολιτικό και κοινωνικό γίνεσθαι.

12. Θεωρείτε την μετανάστευση στην Ελλάδα:

- i. Καλή ευκαιρία για την ελληνική κοινωνία, που το κράτος την διαχειρίστηκε καλά, με ευεργετικές συνέπειες (δημογραφικό, ασφαλιστικό κλπ.)
- ii. Απώλεια και ιστορικό «ατύχημα»
- iii. Ήμασταν απροετοίμαστοι θεσμικά αλλά αν κάνουμε σωστή διαχείριση μπορεί να έχει πολύ ευεργετικές συνέπειες για όλους, Έλληνες και μετανάστες.

13. Τα βασικά μειονεκτήματα της ύπαρξης μεταναστών στην Ελλάδα είναι:

- i. Δεν είναι Έλληνες
- ii. Παίρνουν τις δουλειές
- iii. Αύξηση της εγκληματικότητας
- iv. Άσκηση παράνομης εργασίας κακής ποιότητας και χαμηλού κόστους
- v. Κανένα από τα παραπάνω

14. Τι από τα παρακάτω πιστεύετε ότι θα ωφελήσει περισσότερο την ελληνική κοινωνία;

i. Να εντάξει του μετανάστες , δίνοντας τους συγχρόνως την ελληνική υπηκοότητα και καθιστώντας τους Έλληνες (Ευρωπαίους) πολίτες

ii. Να τους αναγνωρίζει ορισμένα κοινωνικά δικαιώματα αλλά να μην τους δώσει την ελληνική υπηκοότητα

iii. Να μην έχουν τα ίδια πολιτικά και κοινωνικά δικαιώματα με τους Έλληνες πολίτες

15. Ποια πιστεύετε ότι είναι τα πλεονεκτήματα της ύπαρξης μεταναστών στη χώρα;

i. Ασκούν επαγγέλματα και κάνουν δουλειές , τις οποίες οι Έλληνες δεν επιθυμούν

ii. Η παρουσία τους έχει ευεργετικές συνέπειες

iii. Ενισχύουν την πολυπολιτισμικότητα και τη συνύπαρξη των λαών

iv. Βοηθάνε να λυθεί το δημογραφικό πρόβλημα της χώρας

v. Τίποτα από όσα αναφέρθηκαν παραπάνω

16. Στην προσωπική σας ζωή σχετίζεστε με άτομα που είναι μετανάστες;

i) Όχι ii) Ναι

17. Αν ήσασταν γονέας και ο γιος ή η κόρη σας ανακοίνωνε την πρόθεσή της να παντρευτεί έναν μετανάστη /-τρια , πως θα αντιδρούσατε;

i. Θα με ενδιέφερε η ποιότητα του ανθρώπου και όχι η καταγωγή του

ii. Εάν ήταν ευκατάστατος δεν θα είχα κανένα πρόβλημα

iii. Εάν ήταν στο χέρι μου δεν θα το επέτρεπα ποτέ

18. Εάν ήσασταν εργοδότης και είχατε να επιλέξετε ανάμεσα σε έναν Έλληνα και έναν μετανάστη , τι θα κάνατε;

- i. Θα έδινα την δουλειά στον μετανάστη γιατί τον πληρώνω λιγότερα
- ii. Θα έδινα τη δουλειά στον Έλληνα έστω κι αν δεν είχε τα ίδια προσόντα
- iii. Δεν θα έκρινα από την καταγωγή αλλά από τα προσόντα του καθενός.

19. Τα νοσοκομεία και γενικότερα το εθνικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζουν τους μετανάστες

- i. Με καχυποψία
- ii. Χωρίς διακρίσεις, όπως όλους τους Έλληνες πολίτες
- iii. Δεν τους δέχονται

20. Πόσες φορές έχετε έρθει σε επαφή με μετανάστες ασθενείς τον τελευταίο χρόνο;

- i. Καθημερινά
- ii. Περισσότερο από 5 φορές
- iii. Λιγότερο από 5 φορές
- iv. Ποτέ
- v. Δεν θυμάμαι

21. Πως πρέπει να συμπεριφερόμαστε σε έναν ασθενή μετανάστη;

- i. Με αδιαφορία
- ii. Να τον λυπόμαστε
- iii. Να τον αποφεύγουμε
- iv. Να του συμπαραστεκόμαστε
- v. Με φόβο
- vi. Όπως σε όλους τους ασθενείς

22. Θεωρείτε ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζετε στην επαφή σας με μετανάστες είναι η γλώσσα ; i) Ναι ii) Όχι

23. Ως νοσηλεύτης/-τρια , η συχνή επαφή με τους μετανάστες έχει ως αποτέλεσμα

- i. Να σχηματίσω καλύτερη γνώμη γι' αυτούς
- ii. Να σχηματίσω χειρότερη γνώμη γι' αυτούς
- iii. Η στάση που και οι πεποιθήσεις μου παραμένουν ίδιες

Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας.