



ΣΧΟΛΗ ΣΔΟ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΗΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΓΙΑ ΜΙΑ ΠΙΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΕΠΑΦΗ ΚΑΙ ΣΥΝΔΙΑΛΛΑΓΗ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ»

Σπουδαστές: Καμινιώτης Αλέξιος

Μάμαλη Πηνελόπη

Επιβλέπων: Καστανιώτη Αικατερίνη

Επίκουρη Καθηγήτρια

ΚΑΛΑΜΑΤΑ, 2009.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Υπεύθυνη κατά την εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας ήταν η κα Καστανιώτη Αικατερίνη στην οποία οφείλουμε θερμές ευχαριστίες για την ανάθεση αυτής της εργασίας και τη δυνατότητα που μας δόθηκε να ασχοληθούμε με ένα τόσο ενδιαφέρον και πρωτότυπο θέμα.

Επίσης ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλουμε στην κα Πανταζή Βασιλική, χωρίς τη βοήθεια της οποίας η ολοκλήρωση αυτής της εργασίας θα ήταν αδύνατη.

Από τις ευχαριστίες δε θα μπορούσαμε να παραλείψουμε τους φίλους μας, για την συμπαράσταση και κατανόηση που μας προσέφεραν όλο αυτό τον καιρό.

Τέλος ευχαριστούμε από καρδιάς τις οικογένειές μας, για τη συνεχή συμπαράσταση, την αγάπη και την κατανόηση καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Ελλάδα ασυνήθιστη στην υποδοχή μεταναστών επέδειξε αργά αντανάκλαστικά στον έλεγχο και τη διαχείριση των προβλημάτων που ανέκυψαν ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών. Στην παρούσα εργασία γίνεται προσπάθεια αποτύπωσης και ανάδειξης της σύγχρονης πολυπολιτισμικής πραγματικότητας που μοιραία έχει μεταφερθεί και στο χώρο της υγείας. Η αναγκαιότητα πολιτισμικής προσέγγισης των υγειονομικών προβλημάτων διαγράφεται έντονα και στη χώρα μας εξαιτίας της μαζικής μετανάστευσης μεγάλου αριθμού ανθρώπων από τόπους με διαφορετικό τρόπο ζωής, ήθη και έθιμα. Η ευθύνη για την παροχή φροντίδας υγείας περιπλέκεται όταν οι ασθενείς προέρχονται από διαφορετική χώρα ή πολιτισμό και εντάσσονται σε ένα νέο σύστημα φροντίδας μιας χώρας με διαφορετικές πολιτιστικές και ηθικές παραδόσεις, όπως η Ελλάδα.

Στόχος της παρούσης μελέτης είναι η ανάδειξη της σπουδαιότητας της διαπολιτισμικής επικοινωνίας μεταξύ του νοσηλευτικού και του ιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων της χώρας μας και των αλλοδαπών ασθενών, βήμα απαραίτητο για μία πληρέστερη και ουσιαστικότερη παροχή ιατρικής περίθαλψης.

Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν συνολικά σε 2 νοσοκομεία της Αθήνας, στο Δημόσιο Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας "Αγία Όλγα" και στο Ιδιωτικό Νοσοκομείο "Ερρίκος Ντυνάν", απευθυνόμενο σε ιατρούς και σε νοσηλευτές.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων παρατηρήθηκαν σχετικά μικρές διαφοροποιήσεις, μεταξύ του νοσηλευτικού και του ιατρικού προσωπικού ανάμεσα στο ιδιωτικό και στο δημόσιο νοσοκομείο, όσον αφορά τη διαπολιτισμική επικοινωνιακή επάρκειά τους, η οποία σε γενικές γραμμές κρίνεται ως μη προβληματική, αλλά όχι ικανοποιητική. Διαπιστώθηκε ότι στον ιδιωτικό τομέα και σε σύγκριση με το δημόσιο, η εξοικείωση του νοσηλευτικού και, κατ' εξοχήν, του ιατρικού προσωπικού με την «ετερότητα» του ξένου είναι μεγαλύτερη (λόγω διαφορετικού πλαισίου λειτουργίας, αλλά και πιθανώς επίπεδου σπουδών).

Η έρευνα που διεξήχθη απέδειξε ότι η επαφή με ασθενείς διαφορετικής κουλτούρας είναι ένα θέμα ευαίσθητο και επιρρεπές σε άγχος και προκαλεί διάφορες προκλήσεις. Για να αντιμετωπιστούν αυτές οι προκλήσεις χρειάζονται να παρθούν μέτρα από την πολιτεία προκειμένου να αντιμετωπιστεί ένα τόσο σημαντικό θέμα στο χώρο της υγείας. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια της σημερινής πολυπολιτισμικής κοινωνίας, προτείνεται η διαμόρφωση μιας ειδικής διαπολιτισμικής εκπαίδευσης (προπτυχιακής, μεταπτυχιακής και συνεχιζόμενης) η οποία θα δίνει τα απαραίτητα εφόδια στους νοσηλευτές και τους ιατρούς που έρχονται σε επαφή με άλλους πολιτισμικούς κοινωνικούς σχηματισμούς και τρόπους σκέψης. Τέλος προτείνεται και η χρήση του διαπολιτισμικού διαμεσολαβητή στις υπηρεσίες υγείας. Ο ρόλος του είναι αναγκαίος και καθοριστικός γιατί αποτελεί τον «συνδετικό κρίκο» μεταξύ του επαγγελματία της υγείας και του μετανάστη, γεφυρώνοντας το χάσμα που δημιουργείται από τις πολιτισμικές, γλωσσικές και φυλετικές διαφορές

ABSTRACT

Greece, unaccustomed to immigrant reception, exhibited slow response in controlling and dealing with problems which arose especially during the last decades. In this dissertation effort is being made to document and show the contemporary multicultural reality, which has fatally been reflected to the national health care system. The necessity of the cultural approach of the health problems is being intensely described in our country, because of the mass immigration of a large number of people, who came from countries with a different style of living and different customs. The responsibility for the health care is more complicated especially when the patients come from a different country, with different civilization and social development and they are enrolled in a new health care system with different cultural and moral traditions like Greece.

The purpose of this dissertation is the exhibition of the importance of the transcultural communication between the nurses and the doctors of the hospitals in our country on the first hand and on the other hand the immigrant patients. This is a very important step for a complete and essential health care.

For the collection of data, questionnaires were distributed in two hospitals in Athens, in the public hospital of New Ionia "Saint Olga" and in the private hospital "Henry Dunant". These questionnaires were answered by doctors and nurses.

The results showed some small differences between the nurses and the doctors in the private and in public hospital, which are related to their transcultural communicating sufficiency, that is generally considered as no sufficient but also not satisfactory. The findings revealed that in private sector and in contrast to the public field, the nurses and especially the doctors have a better communication with the immigrants (because of the operation of the health care system in private hospitals and probably because of the higher level of studies).

These data proved that the contact and cooperation with the patients of a different culture is a very sensitive issue, which creates stress and many challenges. The policy makers have to take significant measures in order to face these challenges in the health care system. Nowadays, in our multicultural society, it is suggested that a specific transcultural education which will be (undergraduate/postgraduate/continuing), will enable the nurses and the doctors to have better communication with health care seekers with different background. Furthermore the use of the transcultural mediator is suggested as necessary in the field of the health care. His/her role is very important, because he/she may become the connective link between the health worker and the health care user-immigrant by bridging the gap that is created from the cultural, lingual and racial differences.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ.....	5
1.1. Εισαγωγή.....	5
1.2. Μετανάστες και μετανάστευση.....	6
1.2.1. Ιστορική εξέλιξη.....	6
1.2.2. Προσέγγιση βασικών εννοιών.....	8
1.3. Η μετανάστευση στην Ελλάδα.....	9
1.3.1. Γενικά.....	9
1.3.2. Το μέγεθος της μετανάστευσης στην Ελλάδα.....	10
1.3.3. Αίτια μετανάστευσης στην Ελλάδα.....	13
1.3.4. Επιπτώσεις στην υγεία από την ελεύθερη εισροή μεταναστών στην Ελλάδα...14	
1.4. Νομοθετικό πλαίσιο πρόσβασης των μεταναστών στις δημόσιες υπηρεσίες φροντίδας υγείας.....	19
1.4.1. Γενικά.....	19
1.4.2. Νομοθετικό πλαίσιο για τη μετανάστευση.....	20
1.4.2.1. Οι πρώτοι νόμοι για τη μετανάστευση: Ν. 3275/1925 & Ν. 4320/1929.....	20
1.4.2.2. Ο νόμος 1975/1991.....	21
1.4.2.3. Το Πρώτο Πρόγραμμα Νομιμοποίησης του 1997, εφαρμογή 1998 (Προεδρικά Διατάγματα 358 & 359/ 1997).....	21
1.4.2.4. Ο νόμος 2910/2001.....	22
1.4.2.5. Το Δεύτερο Πρόγραμμα Νομιμοποίησης, 2001.....	23
1.4.2.6. Ίση μεταχείριση για τους υπηκόους των νέων χωρών-μελών της ΕΕ με 12 μήνη νόμιμη διαμονή στη χώρα, 2004.....	24
1.4.2.7.Νόμος 3304/ 2005 για ίση μεταχείριση στην εργασία, στην απασχόληση & στην παροχή αγαθών και υπηρεσιών (25/01/2005).....	24
1.4.2.8. Ο Νόμος 3386/2005.....	25
1.4.3. Ζητήματα ασφάλισης και υγείας των αλλοδαπών μεταναστών.....	26
1.4.3.1.Οι Διακρατικές Συμφωνίες και οι εγκύκλιοι για την Ιατροφαρμακευτική και Νοσοκομειακή περίθαλψη των μεταναστών.....	29

1.4.4. Μέτρα για τον έλεγχο της παράνομης χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους αλλοδαπούς.....	31
1.5. Μετανάστευση-Υγεία και Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα.....	33
1.5.1 Γενικά.....	33
1.5.2. Το κοινωνικό προφίλ των μεταναστών.....	34
1.5.3. Κατανομή του πληθυσμού Ελλήνων - μεταναστών κατά ηλικιακή ομάδα.....	34
1.5.4. Εργατικό δυναμικό των μεταναστών στην Ελλάδα.....	37
1.5.5. Πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες.....	37
1.5.6. Βασικοί Ασφαλιστικοί Οργανισμοί. Αρχές και προϋποθέσεις ασφάλισης.....	38
1.5.7. Ασφαλισμένοι μετανάστες στο ΙΚΑ.....	39
1.5.8. Ασφαλισμένοι μετανάστες στο ΤΕΒΕ.....	41
1.5.9. Ασφαλισμένοι μετανάστες στο ΟΓΑ.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ.....	46
2.1. Η έννοια του πολιτισμού.....	46
2.2. Ιστορική αναδρομή της θεώρησης της υγείας σε διάφορους πολιτισμούς.....	47
2.3. Επίδραση του πολιτισμού στη συμπεριφορά απέναντι στην υγεία.....	48
2.4. Πολιτισμική διαφορετικότητα- ποικιλομορφία και φροντίδα υγείας.....	50
2.5. Οι έννοιες Διαπολιτισμικότητα και Διαπολιτισμική Νοσηλευτική.....	54
2.5.1. Η γέννηση της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής.....	58
2.6. Θεωρίες της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής.....	60
2.6.1. Λόγοι για την εφαρμογή της Διαπολιτισμικής Ιατρονοσηλευτικής.....	68
2.7. Αναγκαιότητα της διαπολιτισμικής παροχής φροντίδας υγείας.....	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	72
3.1. Εισαγωγή.....	72
3.2. Ηθικά ζητήματα κατά την παροχή φροντίδας υγείας σε άτομα με πολιτισμικές διαφορές.....	74

3.3. Πολιτισμικές διαφορές που επηρεάζουν τη φροντίδα των ασθενών.....	77
3.4. Η διαπολιτισμική επικοινωνία ως σημαντικός παράγοντας επηρεασμού της κλινικής σχέσης ιατρού/νοσηλεύτη/ασθενή στις υπηρεσίες υγείας.....	82
3.4.1. Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών σε μετανάστες . Παραδείγματα εξειδικευμένων υπηρεσιών.....	86
3.4.2. Η αναγκαιότητα και ο ρόλος του διαπολιτισμικού διαμεσολαβητή στις υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης.....	91
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	94
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ "ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ" & "ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ".....	95
4.1. Μεθοδολογία.....	95
4.2. Έρευνα στο Δημόσιο Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας "Αγία Όλγα".....	97
4.3. Έρευνα στο Ιδιωτικό Νοσοκομείο "Ερρίκος Ντυνάν".....	123
4.4. Αποτελέσματα έρευνας.....	149
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	158
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	161
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	163
ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ.....	163
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ.....	166
ΙΣΤΟΤΟΠΟΙ.....	169
ΓΛΩΣΣΑΡΙ.....	171
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	174

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Εδώ και αρκετά χρόνια με την εισροή μεγάλου αριθμού μεταναστών στην ελληνική επικράτεια από γειτονικές χώρες, από χώρες της Ασίας, και της Αφρικής η Ελλάδα βρέθηκε αντιμέτωπη με την διαχείριση ενός σημαντικού αριθμού μεταναστευτικού πληθυσμού. Η μετατροπή της Ελλάδος από χώρα αποστολής σε χώρα υποδοχής μεταναστών συνδέεται με τις ανάγκες και τις εξελίξεις της αγοράς εργασίας, την αναζήτηση φτηνών εργατικών χεριών αλλά και με την γεωπολιτική της θέση που την καθιστά ως προς την επιλογή της είτε χώρα ενδιάμεσου, είτε χώρα τελικού προορισμού. Η μετανάστευση αποτελεί μια πρόκληση για τη Ελλάδα η οποία αφενός καλείται να διαφυλάξει την συνοχή της και αφετέρου να σχεδιάσει μια αποτελεσματική μεταναστευτική πολιτική.

Η νέα αυτή πραγματικότητα αποτελεί αναπόφευκτα πρόκληση και για τους επαγγελματίες υγείας, που καλούνται να παρέχουν φροντίδα σε ολόένα και περισσότερους ανθρώπους που προέρχονται από ποικίλα πολιτισμικά και εθνολογικά πλαίσια, με τις δικές τους διαφορετικές αξίες, πεποιθήσεις, ανησυχίες και γενικότερα με τη δική τους κοσμοθεωρία και κουλτούρα. Δεν είναι τυχαίο ότι τα τελευταία χρόνια οι επαγγελματίες υγείας εξοικειώνονται όλο και περισσότερο με έννοιες όπως Παγκοσμιοποίηση, Διαπολιτισμική Νοσηλευτική, Πολιτισμική Φροντίδα, οι οποίες παλαιότερα τους ήταν έννοιες σχεδόν άγνωστες.

Στόχος της παρούσης μελέτης είναι η ανάδειξη της σπουδαιότητας της διαπολιτισμικής επικοινωνίας μεταξύ του νοσηλευτικού και του ιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων της χώρας μας και των αλλοδαπών ασθενών, βήμα απαραίτητο για μία πληρέστερη και ουσιαστικότερη παροχή ιατρικής περίθαλψης.

Η διάρθρωση της παρούσας μελέτης αποτελείται από δύο μέρη, το Γενικό και το Ειδικό.

Στο Γενικό Μέρος διερευνώνται και παρουσιάζονται στοιχεία σχετικά με το φαινόμενο της μετανάστευσης στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, το συσχετισμό και την αλληλεπίδραση του πολιτισμού και υγείας καθώς και τη σημασία της διαπολιτισμικής επικοινωνίας μέσα στα πλαίσια των σύγχρονων πολυπολιτισμικών κοινωνιών. Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφεται συνοπτικά το φαινόμενο της μετανάστευσης ως ένα αναπόσπαστο

κοινωνικό φαινόμενο της ζωής του ανθρώπου που σχετίζεται με μια σειρά από κοινωνικο-οικονομικές, πολιτικές, και δημογραφικές εξελίξεις, αποτέλεσμα χρόνιων προβλημάτων των λιγότερο ανεπτυγμένων χωρών. Αρχικά προσεγγίζονται οι βασικές έννοιες του όρου της μετανάστευσης. Ακολουθεί μία διεξοδική περιγραφή της μεταναστευτικής τάσης στην Ελλάδα, εκτιμάται το μέγεθος της και γίνεται προσπάθεια προσέγγισης των αιτιών που προκαλούν τις μαζικές μετακινήσεις πληθυσμών στη χώρα μας καθώς και τις επιπτώσεις που επιφέρει στη δημόσια υγεία η ελεύθερη εισροή μεταναστών. Επίσης περιγράφεται το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο πρόσβασης των μεταναστών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και ειδικότερα προβάλλονται τα ζητήματα ασφάλισης και υγείας που προκύπτουν για τους μετανάστες. Επιπρόσθετα αναφέρονται τα μέτρα που λαμβάνει η πολιτεία προκειμένου να αντιμετωπίσει την παράνομη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες. Τέλος περιγράφεται το προφίλ του εργατικού δυναμικού, οι προϋποθέσεις ασφάλισης και οι βασικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί στους οποίους είναι ασφαλισμένος ο μεγαλύτερος αριθμός μεταναστών.(Δεδομένα από την ΕΣΥΕ και τους τρεις ασφαλιστικούς φορείς ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΤΕΒΕ). Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται η έννοια του πολιτισμού και ακολουθεί μια σύντομη ιστορική αναδρομή της θεώρησης της υγείας σε διάφορους πολιτισμούς. Ακολούθως γίνεται αναφορά στην επίδραση που έχει ο πολιτισμός στη συμπεριφορά μας απέναντι στην υγεία καθώς και στην πολιτισμική διαφορετικότητα-ποικιλομορφία και φροντίδα υγείας. Επίσης προσεγγίζονται εννοιολογικά η διαπολιτισμικότητα και η διαπολιτισμική νοσηλευτική. Παρατίθενται κάποιες από τις θεωρίες της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής όπως και οι λόγοι εφαρμογής τους καθώς και η αναγκαιότητα της διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται θέματα ηθικής σχετικά με τη διαπολιτισμική φροντίδα υγείας, αναφέρονται οι πολιτισμικές διαφορές που επηρεάζουν τη φροντίδα των ασθενών και περιγράφεται η σπουδαιότητα της διαπολιτισμικής επικοινωνίας στον επηρεασμό της κλινικής σχέσης ιατρού/νοσηλευτή/ασθενή στις υπηρεσίες υγείας. Παρουσιάζονται στοιχεία εξειδικευμένων παρεχομένων υπηρεσιών σε μετανάστες και γίνεται αναφορά στην αναγκαιότητα και το ρόλο του διαπολιτισμικού διαμεσολαβητή στην υγεία.

Στο Ειδικό Μέρος παρουσιάζεται η έρευνα που έγινε σε 2 νοσοκομεία της Αθήνας, στο Δημόσιο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας "Αγία Όλγα" και στο Ιδιωτικό Νοσοκομείο "Ερρίκος Ντυνάν". Η έρευνα έγινε με τη μορφή ερωτηματολογίων σε ιατρούς και νοσηλευτές με σκοπό να εστιάσει στο θέμα των πολιτισμικών διαφορών και της ετερότητας του «ξένου» στοιχείου και να διερευνήσει τον τρόπο επίδρασης αυτής της

διαφορετικότητας στο γενικότερο έργο της ιατρικής περίθαλψης. Στο τέταρτο κεφάλαιο λοιπόν παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Ακολουθεί το πέμπτο κεφάλαιο με τη συζήτηση των αποτελεσμάτων και τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την έρευνα και παράλληλα προτείνονται μέτρα προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος της παρούσης μελέτης μέσα στα γενικότερα πλαίσια της μεταναστευτικής πολιτικής της πολιτείας. Τέλος αναγράφεται ο επίλογος και ακολουθεί η βιβλιογραφία και το παράρτημα με το ερωτηματολόγιο της έρευνας.

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική αναζήτηση (από άρθρα, επιστημονικά βιβλία, διπλωματικές εργασίες, ερευνητικές περιλήψεις), σε βιβλιοθήκες (Ιμερο, Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας), βάσεις δεδομένων (Google) αλλά και από συνδέσεις μέσω Υπουργείων (Εξωτερικών, Δημοσίας Τάξεως, Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης) από Ελληνικές και Ξένες μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (Γιατροί του Κόσμου, Γιατροί χωρίς Σύνορα, ΙΟΜ-Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης). Επίσης χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από την ΕΣΥΕ - Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς (ΙΚΑ, ΤΕΒΕ, ΟΓΑ). Οι κύριες λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: Μετανάστες, νομοθετικό πλαίσιο, πολιτισμός, διαπολιτισμική επικοινωνία , διαπολιτισμική νοσηλευτική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ

1.1. Εισαγωγή.

Η μετανάστευση είναι ένα παγκόσμιο διαχρονικό κοινωνικό φαινόμενο που από την εποχή του "Homo Sapiens" δεν αποτελεί μία ιδιαιτερότητα. Επί 3000 χρόνια παρατηρήθηκαν προϊστορικές μεταναστεύσεις ολόκληρων φυλών, τόσο στην έρημο της Κεντρικής Ασίας όσο και σε Κίνα, Ευρώπη καθώς και προς τη Δύση. Μεταγενέστερα, κατά το πρώτο ήμισυ του 20ου αιώνα πάνω από 100 εκατ. άτομα φαίνεται να μεταναστεύουν από τη μία χώρα στην άλλη.

Στις πιο προηγμένες χώρες με την έναρξη της εκβιομηχάνισης, παρατηρείται μεγάλη μεταναστευτική κίνηση από όλα τα μέρη του κόσμου για οικονομικούς κυρίως λόγους. Βασικοί επίσης λόγοι, που χαρακτηρίζουν και παράλληλα ωθούν μεγάλες μάζες πληθυσμού, μεταξύ αυτών και πολλά παιδιά, να μεταναστεύσουν σε δύσκολες ιστορικές περιόδους είναι οι πόλεμοι, οι εμφύλιες συρράξεις, τα απολυταρχικά καθεστώτα και οι ασταθείς πολιτικές συνθήκες, η βία, η τρομοκρατία, η καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, η ανεργία, ακραία περιβαλλοντικά φαινόμενα καθώς και λόγοι θρησκευτικής ή πολιτικής ελευθερίας.

Οι μεταναστευτικές κινήσεις στο εσωτερικό των χωρών υποδοχής, προκαλούν σε πολλούς πολίτες αβεβαιότητα και αγανάκτηση. Αφήνουν να εμφανισθούν αισθήματα απειλής και συγκεκριμένου φόβου. Αν και πολλοί «ξένοι» έχουν ενταχθεί στις κοινωνίες αυτές, οι σχέσεις μεταξύ των «ντόπιων» και «ξένων» χαρακτηρίζονται, κατά κύριο λόγο, από καχυποψία, επιφυλακτικότητα και ξενοφοβία. Προβλήματα συμβίωσης μπορούν κυρίως να παρατηρηθούν σε εκείνα τα άτομα ή σε εκείνες τις ομάδες «ξένων», οι οποίες οροθετούνται απέναντι στην «εθνική» κουλτούρα.

Στην Ελλάδα, η εισροή των μεταναστών έχει αλλοιώσει τη γνωστή μέχρι πρότινος πληθυσμιακή ομοιογένεια. Είναι πλέον γνωστό ότι η Ελλάδα, όπως και οι γειτονικές της νοτιοευρωπαϊκές χώρες-μέλη της Ε.Ε. (Ιταλία, Ισπανία και Πορτογαλία), μετατράπηκε από χώρα αποστολής σε χώρα υποδοχής μεταναστών μέσα σε λίγα μόλις χρόνια στα τέλη

της δεκαετίας του '80 (Τριανταφυλλίδου, 2005). Με την άφιξη εκατοντάδων χιλιάδων οικονομικών και πολιτικών μεταναστών-προσφύγων από τις Βαλκανικές χώρες, όπως και από χώρες του τρίτου κόσμου, στην αρχή με κατεύθυνση προς την υπόλοιπη Ευρώπη, στη συνέχεια με σαφή και εμφανή πρόθεση να εγκατασταθούν μόνιμα στην Ελλάδα, άλλαξαν «οι εσωτερικές ισορροπίες και το κοινωνικό ισοζύγιο» της χώρας (Κούρτοβικ, 2001). Έτσι, διευρύνθηκε ο πολιτισμικός χάρτης της Ελλάδας και από «μονοπολιτισμικός» έγινε «πολυπολιτισμικός» (Αθανασίου, 2001). Για την Ελλάδα ήταν πρωτόγνωρο αυτό το φαινόμενο, γιατί η Ελλάδα, κατά κανόνα ήταν χώρα αποστολής μεταναστών στη μακρά της ιστορία (Κασιμάτη, 2006).

Σήμερα, στην Ελλάδα συναντούμε ένα «μωσαϊκό μεταναστών» που προέρχονται από χώρες διαφορετικού πολιτισμικού, ιστορικού, πολιτικού και κοινωνικού επιπέδου. Αυτό είναι επόμενο να δημιουργεί προβλήματα συνύπαρξης με τους ντόπιους, προβλήματα που έχουν ως αφετηρία τη διαφορετικότητά τους σε πολλούς τομείς, όπως είναι η θέση τους στην ελληνική αγορά εργασίας και οικονομία και η περιορισμένη κοινωνική τους παρουσία στην τοπική κοινωνία (Κασιμάτη, 2006).

1.2. Μετανάστες και μετανάστευση.

1.2.1. Ιστορική εξέλιξη.

Η Ελλάδα στη μεταπολεμική περίοδο υπήρξε χώρα αποστολής μεταναστών.

Γενικότερα η Ελληνική μετανάστευση μπορεί να διαιρεθεί σε τρεις κύριες περιόδους:

- α) Στην πρώτη περίοδο, όπου οι λόγοι μετανάστευσης είναι κυρίως πολιτικοί (στα τέλη του 1940 μετά τη λήξη του εμφυλίου πολέμου και κατά τη διάρκεια της δικτατορίας στη δεκαετία του 1960).
- β) Στη δεύτερη περίοδο του επαναπατρισμού.
- γ) Στην τρίτη περίοδο, όπου εισέρχεται η Ελλάδα (κυρίως μετά το 1995) ένα μεγάλο κύμα μεταναστών, αλλά και πολιτικών προσφύγων.

Ειδικότερα, η μεταναστευτική κίνηση χρονολογικά μπορεί να διαιρεθεί στις παρακάτω περιόδους:

- Την περίοδο πριν από το 1900 ,όπου η μετανάστευση έχει σποραδικό χαρακτήρα με κατεύθυνση κυρίως προς τη λεκάνη της Μεσογείου, Μαύρης Θάλασσας κ.λ.π.
- Την περίοδο 1900-1921 που όπως υπολογίζεται μετανάστευσαν συνολικά 384.000 άτομα για οικονομικούς κυρίως λόγους και με αποκλειστική σχεδόν κατεύθυνση προορισμού τις Η.Π.Α.
- Ακολουθεί η περίοδος 1945-1950 ,όπου μετανάστευσαν περίπου 1.000.000 Έλληνες, εκ των οποίων οι 185.000 εκτός Ευρωπαϊκών ορίων.
- Ακολουθεί μια ακόμη σημαντική περίοδος 1961-1973, όπου παρατηρείται μεγάλη μεταναστευτική κίνηση των Ελλήνων προς τις Ευρωπαϊκές χώρες. Υπολογίζεται ότι από τους 965.000 Έλληνες συνολικά που εγκατέλειψαν τη χώρα, οι 650.000 (ποσοστό68%) κατευθύνθηκαν στη Δυτική Γερμανία, Σουηδία, Βέλγιο.
- Τέλος από την περίοδο 1974 και μετά, αρχίζει να παρατηρείται βαθμιαία κάμψη της μετανάστευσης των Ελλήνων και αυξημένη τάση παλιννόστησης.) (Μπένος, 2004).

Όπως φαίνεται στο Πίνακα 1.1 που ακολουθεί, χαρακτηριστική είναι η εγκατάλειψη της χώρας από 830.424 άτομα την περίοδο 1961-1970 εξαιτίας της φτώχειας που μάστιζε την Ελλάδα.

Πίνακας 1.1. Η Μετανάστευση από Ελλάδα κατά τα έτη 1951-1975.

Περίοδος	Μετανάστες
1951-1954	72445
1955-1960	191537
1961-1970	830424
1971-1975	177445

Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΣΥΕ, φαίνεται ότι από το 1995 και μετά μετανάστευσαν στην Ευρώπη πάνω από 750.000 άτομα με το 80% να εγκαθίσταται στην Γερμανία. Η μεγαλύτερη μεταναστευτική κίνηση προς την Ευρώπη παρατηρείται στις περιόδους 1962-1965 και 1969-1970.

Βαθμιαία στροφή της μεταναστευτικής ροής παρατηρείται μετά το 1970, κυρίως στις χώρες της Νότιας Ευρώπης όπου ο αριθμός ανάπτυξης των χωρών υποδοχής υποχωρεί και η οικονομική κατάσταση των χωρών αποστολής βελτιώνεται ευνοώντας έτσι σημαντικά τον επαναπατρισμό. Μέχρι το 1991 υπολογίζεται ότι έχουν επαναπατριστεί μόνο από τις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης 161.188 άτομα.

Εντούτοις, τις τελευταίες δεκαετίες, η μετανάστευση φαίνεται να έχει πάρει διαστάσεις. Στην Ελλάδα, ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1970 μειώνονταν οι εκροές μεταναστών, και παρατηρείται αρχικά σε μικρό βαθμό η υποδοχή μεταναστών από τρίτες χώρες (Αφρική, Ασία). Ενώ από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 και κυρίως μετά το 1995, παρατηρείται ένα μεγάλο κύμα οικονομικών μεταναστών από τις γειτονικές βαλκανικές χώρες, το μεγαλύτερο αναλογικά σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα τελευταία όμως χρόνια ο αριθμός των εισερχομένων μεταναστών έχει πολλαπλασιαστεί εξαιτίας και των πολιτικών αναταραχών στη Μέση Ανατολή.

Στην αύξηση του μεταναστευτικού αυτού ρεύματος συντέλεσε, αφενός η οικονομική ανάπτυξη της Ελλάδος και η ένταξή της στην Ευρωπαϊκή Ένωση, και αφετέρου η κατάρρευση των καθεστώτων της Ανατολικής Ευρώπης, όπου σε συνδυασμό με τη γεωγραφική θέση της χώρας μας και τη μορφολογία του εδάφους της μετατράπηκε σε σύντομο χρονικό διάστημα από χώρα αποστολής σε χώρα υποδοχής μεταναστών.

1.2.2. Προσέγγιση βασικών εννοιών.

Σύμφωνα με διεθνείς ορισμούς, η μετανάστευση ορίζεται ως η γεωγραφική (ομαδική ή ατομική) μετακίνηση πληθυσμού από μία χώρα (αποστολής ή αποδοχής) ή από μία περιοχή σε άλλη περιοχή της ίδιας χώρας (τόπος καταγωγής ή αναχώρησης και άφιξης ή εγκατάστασης) που συνεπάγεται την αλλαγή διαμονής του μετακινούμενου. Όπως γίνεται φανερό, από τον ορισμό της έννοιας της μετανάστευσης, δεν συμπεριλαμβάνονται οι μετακινήσεις τουριστών, επισκεπτών, στρατευμάτων, νομάδων, καθώς και εποχιακές μετακινήσεις εργαζομένων.

Η μετανάστευση μπορεί να διακριθεί σε εξωτερική ή διεθνής μετανάστευση ή αποδημία, όταν εκτείνεται εκτός των ορίων της χώρας και σε εσωτερική μετανάστευση ή αστυφιλία, όταν εκτείνεται εντός των ορίων μιας χώρας (Σουρτζή, 2002).

Ανάλογα με τα αίτια που την προκαλούν, χαρακτηρίζεται εκούσια ή εθελοντική, όταν λαμβάνει χώρα μετά από πρωτοβουλία των ενδιαφερομένων ατόμων και ακούσια ή αναγκαστική όταν είναι αποτέλεσμα καταστάσεων, όπως κοινωνικών αναταραχών, πολέμων, φυσικών καταστροφών. Ανάλογα με τον αριθμό των μετακινούμενων ατόμων σε κάποια χρονική περίοδο, η μετανάστευση χαρακτηρίζεται συλλογική όταν ο αριθμός των μετακινούμενων είναι σχετικά μεγάλος, ενώ στην αντίθετη περίπτωση χαρακτηρίζεται ως ατομική. Ο όρος μαζική μετανάστευση αναφέρεται κυρίως στην περίπτωση αιφνίδιας και ακούσιας μετανάστευσης και όταν ο αριθμός των μεταναστών είναι πολύ μεγάλος (Παπαευαγγέλου, Τσίμπος, 2004)

Οι μετανάστες μπορεί να είναι νόμιμοι (όταν πληρούν τις προϋποθέσεις και έχουν τα νόμιμα έγγραφα εισόδου και εργασίας στη χώρα προορισμού), παράνομοι ή λαθρομετανάστες (όταν μεμονωμένα άτομα ή ομάδες πληθυσμού μετακινούνται και εγκαθίστανται σε άλλη χώρα από τη χώρα καταγωγής τους χωρίς να πληρούν τις προϋποθέσεις νομιμοποίησής των) ή πρόσφυγες (όταν εξαναγκάζονται σε φυγή από τον τόπο καταγωγής τους εξαιτίας θρησκευτικών, φυλετικών, πολιτικών πεποιθήσεων). Η καθαρή μετανάστευση είναι η διαφορά μεταξύ μεταναστών και παλιννοστούντων ή μεταξύ εξερχόμενων και εισερχόμενων μεταναστών σε μια χώρα (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2004). Σύμφωνα με δημογραφικές μετρήσεις, η μετανάστευση αποτελεί την τρίτη πληθυσμιακή συνιστώσα μαζί με τη γονιμότητα και τη θνησιμότητα που επιδρά στο μέγεθος και τη δομή του πληθυσμού (Παπαευαγγέλου, Τσίμπος, 2004)

1.3. Η μετανάστευση στην Ελλάδα.

1.3.1. Γενικά.

Το πρόβλημα της μετανάστευσης είναι τεράστιο, πολύπλοκο και αποτελεί ασφαλώς αντικείμενο της ιστορικής και κοινωνιολογικής έρευνας. Η μετανάστευση ως φαινόμενο εγγενές της ανθρώπινης εξέλιξης επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα ολόένα και βαθύτερα βασικές πτυχές του σύγχρονου κοινωνικού, οικονομικού και πολιτικού γίνεσθαι και απαιτεί ποικίλες μορφές κοινωνικής παρέμβασης. Κύριο χαρακτηριστικό της Ελλάδας είναι ότι, ενώ έως τα τέλη της δεκαετίας του '80 συγκαταλεγόταν στις παραδοσιακές χώρες αποστολής μεταναστών ή λειτουργούσε απλώς ως κράτος διευκόλυνσης, μετεγκατάστασης μεταναστών και προσφύγων σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες υποδοχής,

μεταβλήθηκε σε σύντομο χρονικό διάστημα σε χώρα υποδοχής. Έτσι, κλήθηκε να διαχειρισθεί κοινωνικά, οικονομικά και πολιτικά το ζήτημα της εισροής ενός μαζικού μεταναστευτικού ρεύματος και να προσδιορίσει παράλληλα τις αρχές, τους άξονες και τους μηχανισμούς μιας οργανωμένης μεταναστευτικής πολιτικής. Η γεωγραφική της θέση, το γεγονός ότι αποτελεί κράτος-μέλος της Ε.Ε., καθώς και οι αλλαγές που ακολούθησαν την πτώση του τείχους του Βερολίνου, όχι μόνο στις γείτονες χώρες, αλλά και σε απώτερες γεωγραφικά, είχαν ως αποτέλεσμα την ανατροπή βαθιά ριζωμένων αντιλήψεων και την διαμόρφωση ενός νέου πλαισίου για την άσκηση της μεταναστευτικής πολιτικής.

Στο πλαίσιο αυτών των εξελίξεων, η Ελλάδα –χώρα που χαρακτηρίζεται από εξαιρετικά υψηλή εθνολογική, θρησκευτική και γλωσσολογική ομοιογένεια- κλήθηκε να ενσωματώσει στον κοινωνικό της ιστό διαφορετικά πολιτισμικά στοιχεία σε πολύ μικρότερο χρονικό διάστημα σε σχέση με άλλες χώρες της δυτικής Ευρώπης, στις οποίες η μετάβαση έγινε σταδιακά, μέσα σε περισσότερες δεκαετίες. Η μετάβαση στη δεδομένη χρονική συγκυρία δεν μπορούσε παρά να συσχετισθεί με τα προβλήματα της διογκούμενης ανεργίας, τις διαρθρωτικές αλλαγές στην οικονομία, το κύμα των παλιννοστούντων ομογενών και τη γενικότερη συγκυρία εκσυγχρονισμού της ελληνικής κοινωνίας και αποβολής κάποιων παραδοσιακών στοιχείων που τη χαρακτήριζαν.

1.3.2. Το μέγεθος της μετανάστευσης στην Ελλάδα.

Στην Ελλάδα υπάρχουν δύο «ιστορικές μειονότητες» (Δαμανάκης, 2002), η Μουσουλμανική και εκείνη των Αθίγγανων. Σ' αυτές τις δύο εθνοτικές-πολιτισμικές ομάδες, προστέθηκαν από τα μέσα της δεκαετίας του '80 και κυρίως κατά τη δεκαετία του '90 μετανάστες ελληνικής εθνοτικής καταγωγής, όπως οι Ρωσοπόντιοι παλιννοστούντες και οι Βορειοηπειρώτες, μετανάστες από τις πρώην κομμουνιστικές χώρες των Βαλκανίων και της Ανατολικής Ευρώπης, αλλά και πολίτες χωρών της Ασίας και της Αφρικής. Σε μικρότερο βαθμό ακολούθησε δε και ο επαναπατρισμός Ελλήνων μεταναστών από τη Δυτική Ευρώπη, την Αμερική και την Αυστραλία, καθώς και η μετανάστευση πολιτών αναπτυγμένων χωρών (όπως για παράδειγμα το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γερμανία και άλλες) (Τριανταφυλλίδου, 2005).

Η ακριβής ποσοτική διάσταση των μεταναστευτικών ροών είναι δύσκολο να απεικονισθεί από τα επίσημα στοιχεία, επειδή οι περισσότεροι από τους αλλοδαπούς που εισήλθαν στην

Ελλάδα στη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 ήταν παράνομοι. Αντίθετα, το μεταναστευτικό απόθεμα μπορεί να προκύψει από τα αποτελέσματα των απογραφών που δίνονται από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (Παπαδοπούλου, 2006). Έτσι, με βάση τα στοιχεία της απογραφής του 2001, σήμερα διαμένουν στην Ελλάδα περίπου 11 εκατομμύρια άνθρωποι (10.964.080) από τους οποίους 797.093 είναι αλλοδαποί, νόμιμοι και παράνομοι μετανάστες. Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται 47.000 πολίτες από άλλες χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Είναι προφανές ότι η δημογραφική ανάπτυξη της χώρας κατά την τελευταία δεκαετία, οφείλεται εξ' ολοκλήρου στην εισροή από τρίτες χώρες ξένων εργαζομένων και των οικογενειών τους (Τριανταφυλλίδου, 2005).

Ο ξένος πληθυσμός εντάσσεται στην συντριπτική του πλειοψηφία (περίπου 80%) στο ηλικιακό φάσμα των 15-64 ετών, είναι δηλαδή δυνάμει οικονομικά ενεργός πληθυσμός. Σύμφωνα με τα στοιχεία της απογραφής του 2001, 90% των αλλοδαπών εργάζονται με σχέση εξαρτημένης εργασίας και μόνο 6,5% αυτοαπασχολούνται. Περίπου 25% των μεταναστών απασχολείται στις οικοδομές, 20% στις λεγόμενες 'άλλες υπηρεσίες', δηλαδή σε οικιακές εργασίες, φροντίδα ηλικιωμένων και παιδιών, 17,5% στον αγροτικό τομέα και λίγο περισσότερο από το 15% σε τουριστικές και εμπορικές υπηρεσίες (Τριανταφυλλίδου, 2005).

Από τους 762.000 καταγεγραμμένους αλλοδαπούς περισσότεροι από τους μισούς (438.000, 57% του συνόλου) είναι Αλβανοί πολίτες. Περίπου 1/3 των Αλβανών εργάζονται στις οικοδομές και 20% στον αγροτικό τομέα. Δεύτερη πολυπληθέστερη ομάδα είναι οι Βούλγαροι με 35.000 καταγεγραμμένους. Ένα τρίτο των Βούλγαρων πολιτών εργάζεται στον αγροτικό τομέα ενώ άλλο ένα τρίτο περίπου (29%) στις οικιακές και άλλες υπηρεσίες. Μετά την Βουλγαρία ακολουθούν οι ακόλουθες εθνικότητες: Γεωργία, Ρουμανία (με περίπου 20.000 άτομα η καθεμία), Ρωσική Ομοσπονδία (17.500), Ουκρανία, Πακιστάν και Ινδία (με λίγο περισσότερους από 10.000 εγγεγραμμένους η καθεμία) και Πολωνία (13.000). Στην Ελλάδα κατοικούν λοιπόν σήμερα περίπου ένα εκατομμύριο μετανάστες (συμπεριλαμβανομένων και των ομογενών), που αντιστοιχούν στο 9% περίπου του συνολικού πληθυσμού και σε περισσότερο από το 12% της εργατικής δύναμης της χώρας (Τριανταφυλλίδου, 2005).

Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 1.2 που ακολουθεί, γίνεται σύγκριση του συνολικού πληθυσμού της Ελλάδος και του πληθυσμού των μεταναστών με βάση τις τρεις τελευταίες απογραφές κατά τα έτη 1981,1991,2001 από την ΕΣΥΕ.

Πίνακας 1.2. Ο αριθμός των μεταναστών στην Ελλάδα κατά τα έτη 1981,1991,2001.

Έτος	Συνολικός Πληθυσμός Ελλάδος	Συνολικός Πληθυσμός Μεταναστών
1981	9740417	171424
1991	10259900	167274
2001	10964080	797093

ΠΗΓΗ:ΕΣΥΕ απογραφή 1981,1991,2001

Ωστόσο, δεν μπορούμε να υπολογίσουμε με βεβαιότητα τον πραγματικό μεταναστευτικό πληθυσμό, διότι υπάρχουν εκτιμήσεις σύμφωνα με τις οποίες κάποιοι αλλοδαποί από όλες τις κατηγορίες δεν απογράφηκαν τελικά. Αν ο συνολικός αριθμός των τελευταίων ανέρχεται όντως μεταξύ 75.000 και 225.000 αλλοδαπών, τότε στην Ελλάδα κατά το έτος 2001 οι αλλοδαποί που ζούσαν στην χώρα μας ίσως ήταν μεταξύ 870.000 και 1.000.000. Στην πρώτη περίπτωση της επίσημης εκδοχής το ποσοστό των αλλοδαπών στον ελληνικό πληθυσμό είναι 8-8,5%, ενώ σύμφωνα με τις διαφορετικές εκτιμήσεις που αναφέρθηκαν το ποσοστό αυξάνει επουσιωδώς σε 8-9%. Το έλλειμα οφείλεται αφενός στην ύπαρξη ασύνδετων δεδομένων από διαφορετικές πηγές (π.χ. Υπουργεία) που δεν έχουν μεταξύ τους επαφές και αφετέρου στη μεγάλη έκταση του φαινομένου της παράνομης (και συνεπώς μη υπολογίσιμης) μετανάστευσης.

Από στοιχεία του Υπουργείου Δημοσίας Τάξεως σχετικά με το φαινόμενο της παράνομης μετανάστευσης, προκύπτει ότι οι συλληφθέντες λαθρομετανάστες για παράνομη είσοδο και παραμονή στη χώρα, το 2005 ήταν 66.351, το 2006 ήταν 95.239. Από αυτούς οι 133.888 για τα έτη 2005 και 2006 απελάθηκαν. Επίσης είναι ενδεικτικό το γεγονός ότι οι μεταναστευτικές ροές αυξήθηκαν στην Ελλάδα κατά το 2008 σε ποσοστό 30,23% σε

σχέση με το 2007, ενώ ειδικά για τα θαλάσσια σύνορα, οι συλλήψεις παράνομων μεταναστών αυξήθηκαν κατά 70,9%. Καθημερινά συλλαμβάνονται στα σύνορά μας από 300 έως 500 άτομα, ενώ οι συλλήψεις διακινητών αυξήθηκαν το 2008 σε ποσοστό 55,6%.

Με βάση τα στοιχεία του FRONTEX, το 2008 στην Ελλάδα συνελήφθησαν 146.337 παράνομοι μετανάστες, οι περισσότεροι στην Ε.Ε., δηλαδή ποσοστό 25,54% του συνόλου, έναντι 16,88% της Ισπανίας, 14,33% της Ιταλίας και 13,88% της Πορτογαλίας (Υπουργείο Εσωτερικών, Δελτίο Τύπου 30/6/2009)

1.3.3. Αίτια μετανάστευσης στην Ελλάδα.

Η Ελλάδα αποτελεί μία από τις κυριότερες χώρες υποδοχής μεταναστών για τις χώρες του Τρίτου Κόσμου. Τα αίτια εισόδου των μεταναστών πηγάζουν από τις ιδιομορφίες από τις οποίες χαρακτηρίζεται η χώρα, και μπορούν να διακριθούν σε αίτια που συνδέονται με την κοινωνικο-πολιτική κατάσταση της Ελλάδος, αλλά και με την γεωγραφική της θέση (σταυροδρόμι τριών Ηπείρων) που σε συνδυασμό με την αδυναμία αξιόπιστου ελέγχου των συνόρων της, λόγω της μορφολογίας του εδάφους την καθιστούν εύκολα προσπελάσιμη.

Επίσης, οι δημογραφικές εξελίξεις στην Ελλάδα, έδρασαν σαν πόλος έλξης για τις υποβαθμισμένες χώρες, αφού δημιουργήθηκε η ανάγκη για εργατικά χέρια από άτομα παραγωγικής ηλικίας, αποτέλεσμα της μαζικής μετανάστευσης των Ελλήνων προς τις βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης και Αμερικής, όπου προκλήθηκε μεγάλη έλλειψη σε εργατικό δυναμικό στην Ελλάδα και στην συνέχεια επιτάθηκε από την υπογεννητικότητα κυρίως την δεκαετία του 1980.

Σημαντική επίσης παράμετρος, που αποτελεί αιτία μετανάστευσης προς την Ελλάδα είναι η οικονομική της ανάπτυξη. Το γεγονός ότι δημιουργήθηκαν και στην περιφέρεια πολλές εναλλακτικές δραστηριότητες και θέσεις κυρίως για ανειδίκευτο εργατικό δυναμικό, ένα ευρύ φάσμα ατόμων μετακινείται με σκοπό την αναζήτηση μιας καλύτερης ευκαιρίας στη ζωή. Για την κάλυψη αυτών των αναγκών, και ενώ οι παλιννοστούντες αποφεύγουν την απασχόληση σε ανειδίκευτη και χαμηλού κοινωνικού κύρους εργασία, προσλαμβάνονται ως φθηνά εργατικά χέρια άτομα από τον μεταναστευτικό πληθυσμό που εργάζονται νόμιμα ή παράνομα, και τις περισσότερες φορές χωρίς ασφαλιστική κάλυψη. Από υπολογισμούς που έχουν γίνει φαίνεται ότι το κόστος της παράνομης εργασίας είναι κατά

50% μικρότερο από το αντίστοιχο της νόμιμης, δίνοντας έτσι ευκαιρίες για απασχόληση και σε παράνομους μετανάστες.

Επίσης, η δημιουργία υποδομής προσφύγων φαίνεται να συνδέεται με την αύξηση του μεταναστευτικού ρεύματος στην Ελλάδα διότι σύμφωνα με την σύμβαση του 1951 καθώς και με το πρωτόκολλο του 1967, που έχει υπογράψει η Ελλάδα, διευκολύνεται η άφιξη των μεταναστών εφόσον τους παρέχεται (από τα γραφεία της Ύπατης Αρμοστείας των προσφύγων του ΟΗΕ, του Εθνικού Συμβουλίου Προσφύγων και της Διεθνούς Επιτροπής Μεταναστεύσεως) η ιδιότητα του πρόσφυγα, αλλά και η χορήγηση ενός μικρού επιδόματος.

Η μετανάστευση διαμορφώνει τις οικονομικές, κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες των περιοχών, δεν έχει φύλο, ηλικία και χρώμα. Καλύπτει ένα ευρύ φάσμα ατόμων που μετακινείται, είτε βίαια, είτε με σκοπό τη διαμονή και μόνιμη εγκατάσταση σε άλλο τόπο. Γενικά, από έρευνες του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης (Δ.Ο.Μ) που διενεργούνται κατά καιρούς σε διαφορετικές περιοχές του πλανήτη αναφορικά με τους λόγους που ωθούν άτομα ή ομάδες σε μετανάστευση, αναδεικνύονται τα ίδια αποτελέσματα με μόνες αποκλίσεις ως προς τα ποσοστά. Μερικοί από τους λόγους μετανάστευσης σύμφωνα με έρευνα του Δ.Ο.Μ. μπορούν να ενταχθούν στη γενικότερη κατηγορία των οικονομικών, πολιτικών και κοινωνικών λόγων, όπως η απόφαση της οικογένειας να μεταναστεύσει κάποιο μέλος της, η πίεση ή ο εξαναγκασμός που δέχεται το άτομο από το ευρύτερο συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον, η προσωπική επιλογή, λόγοι ανάγκης για οικονομική στήριξη της οικογένειας, η ελπίδα συγκέντρωσης κάποιου χρηματικού ποσού για προσωπική χρήση, η αναζήτηση αμειβόμενης εργασίας, η επιθυμία για μια καλύτερη ζωή κ.α.

1.3.4. Επιπτώσεις στην υγεία από την ελεύθερη εισροή μεταναστών στην Ελλάδα.

Η παγκοσμιοποίηση και η δυνατότητα ευκολότερης πρόσβασης, από τα σύνορα των χωρών όπως και στην Ελλάδα, αποτελούν πόλο έλξης και οδηγούν στην αύξηση της κινητικότητας και μετανάστευσης του πληθυσμού. Η αύξηση των μεταναστευτικών ρευμάτων ευνοεί την ταχύτερη εξάπλωση των μεταδοτικών νοσημάτων, ενώ παράλληλα δοκιμάζονται και οι υγειονομικές υπηρεσίες οι οποίες καλούνται να ανταποκριθούν στις ανάγκες παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας, που η αθρόα διασυνοριακή εισροή μεταναστών επιφέρει (Karimi, 1993).

Η γνώση μας γύρω από το προφίλ υγείας του πληθυσμού των μεταναστών στην Ελλάδα είναι πολύ περιορισμένη. Ελάχιστες είναι οι μελέτες που αφορούν προβλήματα υγείας σε αυτό τον πληθυσμό και ελάχιστα τα επιδημιολογικά δεδομένα. Οι περισσότερες ερευνητικές εργασίες εξετάζουν τον επιπολασμό λοιμωδών νοσημάτων όπως της ηπατίτιδας, της φυματίωσης και της HIV λοίμωξης στον πληθυσμό των μεταναστών.

Στην Ελλάδα καταγράφηκαν υποχρεωτικά τα λοιμώδη νοσήματα στην περίοδο 1998-2003. Όπως φαίνεται από τα δεδομένα του Πίνακα 1.3, που ακολουθεί, το κύριο φάσμα των μεταδοτικών νοσημάτων στη χώρα μας αποτελούν η ηπατίτιδα, ακολουθεί η μηνιγγίτιδα, η ανεμοβλογιά και η φυματίωση. Επίσης αρκετά είναι και τα κρούσματα βρουκέλλωσης και σαλμονέλλωσης που δηλώθηκαν την περίοδο της καταγραφής, τα οποία όμως παρουσιάζουν προοδευτική μείωση με την πάροδο των ετών. Παρ'όλα αυτά δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να τεκμηριώνουν το εάν και σε ποιο βαθμό η εκδήλωση των κρουσμάτων αυτών οφείλεται στη μεταναστευτική κίνηση του πληθυσμού και από ποιες χώρες, προς την Ελλάδα (Οικονόμου, 2004).

Πίνακας 1.3. Δηλωθέντα κρούσματα νοσημάτων στην Ελλάδα (1998- 2003).

Νοσήματα	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Αλλαντίαση	0	0	0	1	1	1
Ανεμοβλογιά	4776	4232	3122	3877	3651	3249
Άνθρακας	1	4	0	2	1	0
Βρουκέλλωση	419	537	548	405	331	142
Γονόρροια	1	7	1	0	1	0
Γρίπη	0	727	34	0	0	0
Διφθερίτιδα	0	0	0	0	0	0
Ελονοσία	15	15	23	23	27	10
Ερυθρά	75	1438	12	14	14	2
Ερυθρά	0	0	1	0	0	0

συγγενής, σύνδρομο						
Εχινοκοκκίαση	0	51	30	41	23	4
Ηπατίτιδα Α οξεία	247	258	149	211	244	50
Ηπατίτιδα Β οξεία	253	284	234	219	171	71
Ηπατίτιδα Γ οξεία	117	162	153	122	69	28
Ηπατίτιδα άλλη οξεία	7	0	2	4	3	0
Ιλαρά	66	69	57	12	6	7
Κίτρινος Πυρετός	0	0	0	0	0	0
Κοκκύτης	85	36	13	93	18	2
Λέπρα	2	0	0	1	0	0
Λεγιονέλλωση	0	2	1	6	12	0
Λεπτοσπείρωση	12	23	13	22	20	13
Λεισμανίωση δερματική	2	6	2	1	4	1
Λεισμανίωση σπλαχνική	23	30	50	45	49	12
Λύσσα	0	0	0	0	0	0
Μηνιγγίτιδα άγνωστης αιτιολογίας	41	50	1	20	58	15
Μηνιγγίτιδα βακτηριακή(άλλη)	60	97	185	179	135	74

Μηνιγγίτιδα ιογενής	70	259	406	984	276	91
Μηνιγγιτιδοκκο κική νόσος	220	206	263	227	235	79
Πανώλη	0	0	0	0	0	0
Παρωτίτιδα	50	47	32	50	156	25
Πολιομυελίτιδα οξεία	1	0	0	0	0	0
Πυρετός Q	0	0	1	2	2	1
Σαλμονέλλωση άλλη	6	309	234	306	538	266
Σιγκέλλωση	6	51	6	11	19	1
Σύφιλη	8	3	7	3	7	2
Τέτανος	2	6	16	4	3	2
Τέτανος νεογνικός	0	0	0	0	0	0
Τυφοειδής πυρετός	33	51	30	1	0	0
Τύφος ενδημικός	0	7	0	1	0	0
Φυματίωση	1134	955	703	575	581	245
Χολέρα	0	0	0	0	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	7732	9932	6329	7462	6655	4392

Πηγή:Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων(ΚΕΕΛ)

Εντούτοις, μελέτες έχουν επιχειρήσει την καταγραφή του επιδημιολογικού προφίλ που παρουσιάζουν επί μέρους ομάδες οικονομικών μεταναστών. Παρ' ότι η εικόνα είναι

αποσπασματική, φαίνεται ότι στον πληθυσμό των μεταναστών ο επιπολασμός των λοιμώξεων ηπατίτιδας είναι σχετικά αυξημένος (Γιαννόπουλος κ.α., 2000), ενώ παρατηρείται άνοδος των νέων κρουσμάτων φυματίωσης στους οικονομικούς μετανάστες που προέρχονται από χώρες τις Ανατολικής Ευρώπης (Κορνάρου, Ρουμेलιώτου, 2001) Υπαρκτός είναι και ο κίνδυνος μετάδοσης του AIDS από εκδιδόμενες γυναίκες που προέρχονται επίσης από χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και τα Βαλκάνια (Κορνάρου κ.α., 2001).

Η εξάπλωση των μεταδοτικών νοσημάτων θα μπορούσε ίσως να περιοριστεί με τη διασυνοριακή συνεργασία των κρατών. Η ίδρυση διασυνοριακών κέντρων δημόσιας υγείας, η διερεύνηση της επίπτωσης και του επιπολασμού, καθώς και η ανάπτυξη και επέκταση πρωτοβουλιών για τον περιορισμό της διασποράς λοιμωδών νοσημάτων όπως ηπατίτιδα A, B, C, E, AIDS, φυματίωση, μηνιγγίτιδα, κ.ά. κυρίως στον πληθυσμό των περιοχών της διασυνοριακής γραμμής, μπορούν να συμβάλουν στην αποτελεσματική αντιμετώπιση υπαρχόντων και μελλοντικών δυσμενών επιπτώσεων στη δημόσια υγεία. Οι επιπτώσεις της μεταναστευτικής εικόνας στο επιδημιολογικό πρότυπο της Ελλάδος σε σχέση με τα λοιμώδη νοσήματα σχετίζονται με τον επιπολασμό και της διασποράς των. Η διερεύνηση της διασυνοριακής φροντίδας υγείας, καθώς και ο υπολογισμός των ασθενών που αναζητούν υπηρεσίες φροντίδας υγείας στην Ελλάδα καθίστανται δυσχερές λόγω μη επαρκών δεδομένων. Όπως για παράδειγμα, δεν είναι γνωστός ο αριθμός των υπηκόων κρατών μελών της κοινότητας που έχει αναζητήσει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα. Ελλιπή είναι και τα δεδομένα για αλλοδαπούς ασθενείς που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων προς αναζήτηση φροντίδας υγείας, αφού η καταγραφή τους στα μητρώα πολλές φορές είναι ανεπαρκής. Συνεπώς, πολλές φορές δεν καθίσταται γνωστή η χώρα προέλευσής τους, η αιτία που βρίσκονται στην Ελλάδα, εάν αποτελούν τμήμα του μετακινούμενου πληθυσμού για άμεση αναζήτηση περίθαλψης στην Ελλάδα, ή πρόκειται για τουρίστες ή ακόμη και συγγενείς προσώπων που διαμένουν στην Ελλάδα και χρειάστηκε να νοσηλευτούν για κάποιο σοβαρό λόγο υγείας, αλλά και ποια είναι η κύρια αιτία προσέλευσής τους στις υπηρεσίες υγείας. Επίσης, προϋπόθεση για την ακριβέστερη αποτίμηση της συνολικής εικόνας φροντίδας υγείας των μεταναστών στην Ελλάδα αποτελεί η επεξεργασία των τεχνικών δελτίων εισαγωγής που υποβάλουν ανά τρίμηνο όλα τα Νοσοκομεία της χώρας στο Υπουργείο Υγείας (στα πλαίσια υλοποίησης της εγκυκλίου Υ4α/οικ.8992/13-2-2000 με θέμα την ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη αλλοδαπών) (Κορνάρου κ.α., 2001).

Αναφορικά με τα ψυχιατρικά προβλήματα των μεταναστών, υπάρχουν κάποια δεδομένα που προέρχονται από τα πολυϊατρεία της μη κυβερνητικής οργάνωσης « Γιατροί Χωρίς Σύνορα». «Η πολιτισμική αλλαγή που υφίστανται μετανάστες, πρόσφυγες και άλλες κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες κάτω από την επίδραση μιας διαφορετικής κουλτούρας στην επικοινωνία, στην εργασία, στον τρόπο ζωής, στη γλώσσα, η εκάστοτε βίαιη προσαρμογή τους στις συνθήκες του τόπου διαμονής τους, η ματαίωση των προσδοκιών τους, οι προσωπικοί τους φόβοι, η ξενοφοβία και ο ρατσισμός που υπάρχει, τους οδηγούν σε απόσυρση, ψυχοκοινωνική μειονεξία και διαταραχή της ψυχικής ισορροπίας τους», παρατηρεί ο Σ. Μπουφίδης ο οποίος παρουσιάζει στοιχεία από 240 περιστατικά στα οποία προσέφεραν υπηρεσίες ψυχικής υγείας οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα κατά το διάστημα 1997-1999. Σύμφωνα με τα δεδομένα αυτά, από το Μάιο του 1997 έως και το Μάιο του 1999, αντιμετωπίστηκαν 240 αιτήματα για ψυχολογική και ψυχιατρική υποστήριξη σε ένα σύνολο 6.297 εξετασθέντων ασθενών, δηλαδή ποσοστό 3,8%. Ο μεγαλύτερος αριθμός των αιτημάτων προέρχονταν από τη Γεωργία (37%), τη Ρωσία (35%) και την Αλβανία (26%). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι μόνο το 8% των εν λόγω ασθενών είχε ιστορικό ψυχικής διαταραχής πριν από την άφιξή του στην Ελλάδα, ενώ το 7% έπασχε από σχιζοφρένεια πριν τον ερχομό του στην Ελλάδα, δηλαδή μόνο το 1% παρουσίαζε από πριν κάποια ψυχική διαταραχή εκτός της σχιζοφρένειας (Μπουφίδης, 1999).

1.4. Νομοθετικό πλαίσιο πρόσβασης των μεταναστών στις δημόσιες υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

1.4.1. Γενικά.

Η απότομη και ραγδαία αύξηση των μεταναστευτικών ρευμάτων, που σημειώθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1990, προκάλεσε τη δημιουργία ενός νομοθετικού μηχανισμού, ο οποίος εξελίσσεται συνεχώς. Το ελληνικό κράτος προσπαθεί, έκτοτε, να σχεδιάσει αφενός και να εφαρμόσει αφετέρου ένα νομοθετικό πλαίσιο για τη μετανάστευση, αλλά και γενικότερα τη μεταναστευτική πολιτική. Η προσπάθεια των κρατικών αρχών υποδηλώνει αρχικά την έλλειψη εμπειρίας σε θέματα υποδοχής μεταναστών, η οποία μεταφράζεται από μία απόπειρα απόθησης της εισόδου αλλοδαπών από τρίτες χώρες.

Ειδικότερα, όσον αφορά τον κλάδο υγείας και πρόνοιας σε σχέση με το μεταναστευτικό ρεύμα, παρατηρούμε ότι αυτό είχε ως άμεσο αποτέλεσμα την επιβάρυνση των δημόσιων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η απουσία κοινωνικής ασφάλισης ενός υψηλού ποσοστού

μεταναστών, αλλά και η δωρεάν παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας από την ελεύθερη είσοδό τους στα δημόσια νοσοκομεία, έχει ως αποτέλεσμα τη συνεχή ετήσια αύξηση της δημόσιας νοσοκομειακής δαπάνης από τα νοσήλια των μεταναστών. Συγκεκριμένα με βάση τα στοιχεία από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, από τα Τεχνικά Δελτία Εισαγωγής Αλλοδαπών στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (1/1/2000 – 31/3/2000), από τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν μόλις το 31,056% όσων νοσηλεύτηκαν είχαν φορέα κάλυψης, ενώ περίπου το 53% ήταν ανασφάλιστοι (το υπόλοιπο 16% εξόφλησαν το λογαριασμό μόνοι τους). Το γεγονός αυτό είχε ως επακόλουθο το κόστος νοσηλείας τους να επιβαρύνει τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων και το μέγεθος των ελλειμμάτων που δημιουργήθηκε να είναι αρκετά υψηλό. Το συνολικό κόστος των νοσηλευθέντων ανασφάλιστων μεταναστών άγγιξε τα 1.001.184 ευρώ για το διάστημα μόλις 3 μηνών (τους πρώτους μήνες του 2000) (Γαϊτανίδου, 2002).

Ωστόσο, για τη μελέτη του θέματος σχετικά με τη μετανάστευση και την υγεία και πρόνοια, είναι απαραίτητο να αναφερθούμε αρχικά στο νομοθετικό πλαίσιο και να καταγράψουμε τις νομοθετικές παρεμβάσεις και προσπάθειες που έχουν συντελεστεί για την αντιμετώπιση και ρύθμιση των προβλημάτων, που προέρχονται από τη μετανάστευση και εγκατάσταση αλλοδαπών οικονομικών μεταναστών στη χώρα μας.

1.4.2. Νομοθετικό πλαίσιο για τη μετανάστευση:

Σύντομη ιστορική αναδρομή.

1.4.2.1. Οι πρώτοι νόμοι για τη μετανάστευση: Ν. 3275/1925 & Ν. 4320/1929.

Ο πρώτος ελληνικός νόμος για την μετανάστευση (ν. 3275/1925) ψηφίστηκε το 1925 με τίτλο «περί εγκαταστάσεως και κινήσεως αλλοδαπών εν Ελλάδι». Δύο χρόνια όμως αργότερα αντικαταστήθηκε από το ν. 4310/1929 «περί εγκαταστάσεως και κινήσεως αλλοδαπών εν Ελλάδι, αστυνομικού έλεγχου, διαβατηρίων, απελάσεων και εκτοπίσεων», ο οποίος και ίσχυσε για περισσότερο από 60 χρόνια.

Ο νόμος 4310/1929 επικυρώθηκε για να καλύψει το νομοθετικό κενό που δημιούργησε η μαζική άφιξη των προσφύγων της Μικρασιατικής Καταστροφής. Ωστόσο, δεν εφαρμόστηκε κατά γράμμα. Ο αριθμός των αλλοδαπών, μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '80, ήταν τόσο ασήμαντος, που το κράτος δεν ανησύχησε για τη νομιμότητα ή μη της

παραμονής τους στο ελληνικό έδαφος. Το ίδιο άλλωστε συμβαίνει και με την κοινή γνώμη. Όπως υπογραμμίζεται από τους Μαρβάκη, Παρανόγλου & Παύλου (2001), η έκφραση «λαθρομετανάστες» ήταν ανύπαρκτη μέχρι τότε.

1.4.2.2. Ο νόμος 1975/1991.

Ο κύριος νόμος για την μεταναστευτική πολιτική είναι ο νόμος 1975/1991 «Είσοδος-έξοδος, παραμονή, εργασία, απέλαση αλλοδαπών, διαδικασία αναγνώρισης αλλοδαπών προσφύγων και άλλες διατάξεις». Όπως έχει υποστηριχτεί, πολλά σημεία του νόμου αυτού αποτελούν αντιγραφή του παλαιότερου (ν. 4310/1929) και γενικά τον διακρίνει η αστυνομική λογική. Βασικές αρχές αποτελούν η απαγόρευση εργασίας, όταν δεν υπάρχει άδεια εργασίας, η απέλαση ως τιμωρία για τους αλλοδαπούς και ο περιορισμός των κινήσεων ακόμη και των νόμιμων αλλοδαπών για «λόγους ασφαλείας του κράτους» (άρθρο 14 του ν. 4310 και άρθρο 26 του ν. 1975). Η έμφαση που δίδεται στην κατασταλτική πολιτική και στον κοινωνικό έλεγχο αντανακλά τη στάση της πολιτείας απέναντι στη μετανάστευση και αναδεικνύει τη βασική φιλοσοφία που είναι «η προσωρινότητα της παραμονής του αλλοδαπού στη χώρα μας», πράγμα που καθιστά δυσμενή τη θέση του αλλοδαπού και την εξαρτά τόσο από την εργασία του όσο και από τον εργοδότη του (Μαρβάκη, Παρανόγλου & Παύλου, 2001)

1.4.2.3. Το Πρώτο Πρόγραμμα Νομιμοποίησης του 1997, εφαρμογή 1998 (Προεδρικά Διατάγματα 358 & 359/1997).

Μέχρι το ελληνικό κράτος να υιοθετήσει τα προεδρικά διατάγματα 358 και 359 του 1997, με τα οποία αρχίζει η διαδικασία νομιμοποίησης των μέχρι τότε μη-νόμιμων αλλοδαπών θα μεσολαβήσουν έξι χρόνια. Το Πρώτο Πρόγραμμα Νομιμοποίησης προέβλεπε, κατ' αρχήν, την απογραφή και, σε δεύτερο στάδιο, τη –μερική– νομιμοποίησή τους. Η πρώτη φάση (απογραφή) που εγκαινιάζεται με το Προεδρικό Διάταγμα 358/1997, στόχευε στην «απογραφή των αλλοδαπών που διαμένουν παράνομα στην Ελλάδα και που εργάζονται, ή ψάχνουν για εργασία», μέσω των αιτήσεων που κατατίθενται στον ΟΑΕΔ.

Κατά τη διάρκεια της φάσης αυτής 370.000 παράνομοι αλλοδαποί καταθέτουν αίτηση για προσωρινή άδεια παραμονής (λευκή κάρτα, ισχύος τριών μηνών), από τους οποίους οι 213.000 λαμβάνουν την προσωρινή άδεια παραμονής και συνεχίζουν τη διαδικασία νομιμοποίησής τους, περνώντας στη δεύτερη φάση. Σε αυτήν, είχαν την δυνατότητα, με τη

συμπλήρωση των απαιτούμενων ημερών εργασίας (συνήθως με τον προαπαιτούμενο αριθμό ενσήμων) να αποκτήσουν την πολυπόθητη «πράσινη κάρτα», η ισχύς της οποίας ανάλογα με την περίπτωση κυμαινόταν από ένα έως τρία χρόνια. Με αυτήν τη διαδικασία, μόνον το 40% των αλλοδαπών που συμμετείχαν στο Πρώτο Πρόγραμμα Νομιμοποίησης νομιμοποιούνται (με την απόκτηση μόνο λευκής, ή λευκής και στη συνέχεια πράσινης κάρτας). Επομένως, το 60% των αλλοδαπών που συμμετείχαν στη διαδικασία παραμένουν σε καθεστώς παρανομίας.

1.4.2.4. Ο νόμος 2910/2001.

Το νομικό καθεστώς για τους αλλοδαπούς σήμερα διέπεται από τον πιο πρόσφατο Νόμο 2910/2001 με τίτλο «Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην Ελληνική Επικράτεια. Κτήση της ελληνικής ιθαγένειας με πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις», που αντικατέστησε τον προηγούμενο Νόμο 1975/1991.

Ο νέος νόμος 2910/2001 αν και κινείται στα ίδια πλαίσια με τον προγενέστερο, επιχειρεί την αντιμετώπιση της παράνομης μετανάστευσης. Συγκεκριμένα περιλαμβάνει διατάξεις σχετικά με: α) τις γενικές προϋποθέσεις εισόδου κα παραμονής αλλοδαπών, β) την είσοδο αλλοδαπών για λόγους σπουδών, γ) την είσοδο και παραμονή αλλοδαπών για την παροχή εξαρτημένης εργασίας καθώς και διατάξεις που ρυθμίζουν το ζήτημα της άσκησης ανεξάρτητης οικονομικής δραστηριότητας. Προβλέπεται επίσης η οικογενειακή συνένωση αλλοδαπών που είναι νόμιμα εγκατεστημένοι στη χώρα μας.

Άλλες διατάξεις του πιο πάνω νόμου αφορούν τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των αλλοδαπών, τη δυνατότητα πρόσβασης των ανήλικων αλλοδαπών στην εκπαίδευση καθώς και τις διαδικασίες κτήσης της ελληνικής ιθαγένειας με πολιτογράφηση. Όπως και στον προηγούμενο νόμο, σημαντικό μέρος του πρόσφατου νόμου αναφέρεται στους περιορισμούς-ανάκληση άδειας και παραμονής και στις απελάσεις των ανεπιθύμητων αλλοδαπών. Σχετικά με τους «μη νόμιμα εισερχόμενους αλλοδαπούς» στη χώρα μας προβλέπονται και πάλι αυστηρές πειθαρχικές κυρώσεις, ποινές, απελάσεις κλπ..

Ο νέος νόμος, 2910/2001 εισήγαγε μικρές αλλαγές και νεωτερισμούς στα θέματα της μεταναστευτικής πολιτικής. Με το νόμο αυτό θεσμοθετήθηκε η μεταβίβαση των αρμοδιοτήτων στο Υπουργείο Εσωτερικών από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης, ενώ

παραχωρείται στους Δήμους η εξουσία για την έκδοση αδειών εργασίας και διαμονής. Επίσης, περιλαμβάνει μια δεύτερη ευκαιρία νομιμοποίησης των παράνομα εγκατεστημένων, γεγονός που αποσκοπεί στον περιορισμό της παράνομης μετανάστευσης και τη μείωση των εισροών, ενώ προβλέπει την ενίσχυση της αστυνόμευσης των συνόρων και τον αυστηρότερο εσωτερικό έλεγχο.

Λόγω της ύπαρξης διαφορετικών κατηγοριών μεταναστών (νόμιμοι και παράνομοι οικονομικοί μετανάστες, παλιννοστούντες ομογενείς και πρόσφυγες), θα πρέπει να επισημανθεί ότι δεν μπορεί να εφαρμοστεί ένας ενιαίος τρόπος ρύθμισης των ζητημάτων σχετικά με τους αλλοδαπούς. Για μεν τους παλιννοστούντες ομογενείς Ποντίους και τους Βορειοηπειρώτες, ισχύει πιο ευνοϊκό καθεστώς οι οποίοι αποκτούν άδεια παραμονής και εργασίας καθώς και την ελληνική ιθαγένεια χωρίς ιδιαίτερες διατυπώσεις, αν αποδείξουν ότι έχουν ελληνική καταγωγή.

Ας σημειωθεί επίσης ότι υπάρχει σαφής διαχωρισμός μεταξύ προσφύγων και οικονομικών μεταναστών. Το πλαίσιο της μεταναστευτικής πολιτικής για τους πρόσφυγες ορίζεται από τα άρθρα 24, 25 του Ν. 1975/1991, όπως αυτά συμπληρώθηκαν από τα άρθρα 1 και 2 του Ν. 2452/1996 σε συμφωνία με τις διεθνείς συμβάσεις για το καθεστώς των προσφύγων. Έτσι, οι χαρακτηρισμένοι ως πρόσφυγες απολαμβάνουν αυξημένα προνόμια σε σχέση με τους λοιπούς αλλοδαπούς (παροχή άμεσων μέτρων βοήθειας και προστασίας, έκδοση ταξιδιωτικού εγγράφου, εθελοντικός επαναπατρισμός, δικαίωμα επανασύνδεσης με τις οικογένειές τους μετά τον χαρακτηρισμό, προτεραιότητα στο δικαίωμα εργασίας κλπ).

1.4.2.5. Το Δεύτερο Πρόγραμμα Νομιμοποίησης, 2001.

Ο νόμος 2910 επικυρώθηκε στις 2 Μαΐου 2001. Η ημερομηνία κατάθεσης των αιτήσεων στο πλαίσιο του προγράμματος νομιμοποίησης ορίστηκε στις 2 Αυγούστου της ίδιας χρονιάς. Μέσα σε τρεις μήνες, 351.000 αλλοδαποί κατέθεσαν αίτηση, για να αποκτήσουν, σε πρώτη φάση, προσωρινή κάρτα παραμονής ισχύος έξι μηνών. Συνολικά, κατατέθηκαν 153.282 αιτήσεις στην Αττική, ενώ 80.000 από τους αιτούντες ήταν αλβανικής υπηκοότητας. Η δεύτερη φάση νομιμοποίησης ξεκίνησε το Σεπτέμβριο του 2001. Όσοι απόκτησαν την προσωρινή κάρτα παραμονής, κλήθηκαν να ανανεώσουν την αίτησή τους, για να αποκτήσουν άδεια παραμονής που, αυτή τη φορά, θα ίσχυε για ένα χρόνο, και να καταθέσουν αίτηση για απόκτηση άδειας εργασίας –προσκομίζοντας απόδειξη σταθερής

εργασίας (σύμβαση) και απόδειξη συνεισφοράς τους στον ασφαλιστικό φορέα του επαγγελματικού τους τομέα. Λόγω όμως του μεγάλου αριθμού των αιτούντων, αλλά και λόγω της δυσκολίας που αντιμετώπισαν οι υπάλληλοι στην ερμηνεία του νόμου, το κράτος αναγκάστηκε να επιμηκύνει την περίοδο ισχύος των προσωρινών αδειών που είχαν δοθεί κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης νομιμοποίησης (Ιανουάριος 2002, Απρίλιος 2002, Ιανουάριος 2003). Επίσης, λόγω των πολλαπλών γραφειοκρατικών προβλημάτων που ανέκυψαν κατά την εφαρμογή του, ο νόμος τροποποιήθηκε δεκάδες φορές στα τέσσερα χρόνια εφαρμογής του. Τέλος, λόγω των χρονοβόρων διαδικασιών αλλά και της γραφειοκρατίας, πολλές άδειες παραμονής εκδίδονταν και παραλαμβάνονταν αφού είχαν ήδη λήξει. Αν και το πρόβλημα αυτό ομολογείται από τους ίδιους τους αρμόδιους φορείς, η πρόταση του Συνηγόρου του Πολίτη για έναρξη ισχύος της άδειας από τη στιγμή της παραλαβής της, την οποία υποστηρίζουν και οι σύλλογοι των μεταναστών, δεν έχει γίνει δεκτή. Κατά συνέπεια, το πρόβλημα παραμένει και επιτείνεται. Έτσι, η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα της ΕΕ η οποία εκδίδει ληγμένες άδειες παραμονής.

1.4.2.6. Ίση μεταχείριση για τους υπηκόους των νέων χωρών-μελών της ΕΕ με 12 μήνη νόμιμη διαμονή στη χώρα, 2004.

Σύμφωνα με τους όρους της εγκυκλίου 37/10014/04 του Υπουργείου Δικαιοσύνης, οι υπήκοοι των 8 νέων ευρωπαϊκών χωρών-μελών, θα τυγχάνουν ίσης μεταχείρισης με τους υπηκόους της ΕΕ των 15, με την προϋπόθεση ότι διαθέτουν στοιχεία που αποδεικνύουν τη δωδεκάμηνη νόμιμη παραμονή και εργασία τους στη χώρα. Όσοι αδυνατούν να προσκομίσουν τα απαιτούμενα αποδεικτικά, συνεχίζουν να αντιμετωπίζονται όπως όλοι οι υπήκοοι τρίτων χωρών: δεν προστατεύονται από απελάσεις και οφείλουν να ανανεώνουν τις άδειες εργασίας και παραμονής τους. Περίπου 40.000 με 50.000 υπήκοοι των νέων χωρών ζουν και εργάζονται νόμιμα στην Ελλάδα, αλλά δεν είναι σαφές πόσοι από αυτούς μπορούν να αποδείξουν την δωδεκάμηνη παρουσία τους.

1.4.2.7. Νόμος 3304/ 2005 για ίση μεταχείριση στην εργασία, στην απασχόληση & στην παροχή αγαθών και υπηρεσιών (25/01/2005).

Ο νόμος 3304/2005 ενσωματώνει στην ελληνική νομοθεσία τις ευρωπαϊκές οδηγίες 43/2000 και 78/2000, και τέθηκε σε εφαρμογή από το Φεβρουάριο του 2005. Σύμφωνα με το άρθρο 16 του νόμου: «όποιος παραβιάζει την κατά τον παρόντα νόμο απαγόρευση της

διακριτικής μεταχείρισης για λόγους εθνοτικής ή φυλετικής καταγωγής ή θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού, κατά τη συναλλακτική διάθεση αγαθών ή προσφορά υπηρεσιών στο κοινό, τιμωρείται με φυλάκιση 6 μηνών μέχρι 3 ετών και με χρηματική ποινή 1.000 έως 5.000 ευρώ». Το άρθρο 19, σχετικά με τους «φορείς προώθησης της αρχής της ίσης μεταχείρισης» ορίζει ως φορέα προώθησης της αρχής της ίσης μεταχείρισης –στις περιπτώσεις που αυτή παραβιάζεται από δημόσιες υπηρεσίες– το Συνήγορο του Πολίτη και ως φορέα προώθησης της αρχής της ίσης μεταχείρισης –στις περιπτώσεις που αυτή παραβιάζεται από φυσικά, ή νομικά πρόσωπα– την Επιτροπή Ίσης Μεταχείρισης, της οποίας η σύσταση ορίζεται στον ίδιο νόμο (άρθρο 21). Τέλος, «στον τομέα απασχόλησης και εργασίας, φορέας προώθησης της αρχής της ίσης μεταχείρισης στις περιπτώσεις που αυτή παραβιάζεται από φυσικά ή νομικά πρόσωπα [...] ορίζεται το Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας (Σ.ΕΠ.Ε.)» .

1.4.2.8. Ο Νόμος 3386/2005.

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: (Παπασιώτη-Πασιά, 2006).

- 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 από τη Χώρα», μέσα από την εντατικοποίηση των ελέγχων,
- η χορήγηση της δυνατότητας οριστικής καταγραφής των παρανόμως διαμενόντων του χρόνιου σχετικού προβλήματος και
- η πρόβλεψη βασικών αρχών για την κοινωνική ένταξη των μεταναστών.

1.4.3. Ζητήματα ασφάλισης και υγείας των αλλοδαπών μεταναστών.¹

Λόγω της ύπαρξης διαφορετικών κατηγοριών μεταναστών (νόμιμοι και παράνομοι οικονομικοί μετανάστες, παλιννοστούντες ομογενείς και πρόσφυγες), στα ζητήματα κοινωνικής πρόνοιας και ασφάλισης δεν υπάρχει ένας ενιαίος τρόπος ρύθμισης. Παρακάτω, παρουσιάζεται το ισχύον θεσμικό πλαίσιο που αφορά τις παροχές υγειονομικής περίθαλψης καθώς και κοινωνικής φροντίδας για τέσσερις διαφορετικές κατηγορίες αλλοδαπών μεταναστών.

A. Αλλοδαποί οικονομικοί μετανάστες (νόμιμοι).

B. Παλιννοστούντες ομογενείς.

Γ. Αναγνωρισμένοι πολιτικοί πρόσφυγες.

Δ. Μη-νόμιμοι αλλοδαποί οικονομικοί μετανάστες.

A. Αλλοδαποί οικονομικοί μετανάστες (νόμιμοι).

Στο Νόμο 2910/2001 (άρθρο 39 §1 του κεφαλαίου για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των αλλοδαπών) αναφέρεται ότι «αλλοδαποί που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα ασφαλίζονται στους οικείους ασφαλιστικούς οργανισμούς και απολαμβάνουν των ιδίων ασφαλιστικών δικαιωμάτων με τους ημεδαπούς». Επομένως, οι αλλοδαποί εκείνοι που έχουν εισέλθει στη χώρα και παραμένουν νόμιμα, εφόσον απασχολούνται με σχέση εξαρτημένης εργασίας ή ασκούν ανεξάρτητη οικονομική δραστηριότητα, έχουν το δικαίωμα και την υποχρέωση να ασφαλίζονται στους διάφορους ασφαλιστικούς οργανισμούς, όπως ακριβώς και οι Έλληνες πολίτες και δικαιούνται τις ίδιες παροχές. Όμως, προκειμένου να τους χορηγηθεί η άδεια παραμονής, πρέπει να συντρέχουν σωρευτικά κάποιες προϋποθέσεις, όπως να είναι ασφαλισμένοι για την κάλυψη εξόδων νοσηλείας, ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης και για την κάλυψη εργατικού ατυχήματος ή να έχουν ήδη υποβάλει σχετική αίτηση. Επίσης, απαιτείται να είναι υγιείς, γεγονός που αποδεικνύεται με το πιστοποιητικό υγείας, που εκδίδεται από ημεδαπά κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα ή κέντρα υγείας ή θεραπευτήρια και ιατρεία του Ι.Κ.Α. Σε αυτό, πρέπει να πιστοποιείται ότι ο αλλοδαπός δεν πάσχει από νόσημα, το οποίο, σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα και την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.), μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για τη δημόσια υγεία. Τα έξοδα για τις εξετάσεις, που απαιτούνται για

¹ Ιστότοπος ΕΚΠΑ: <http://immigrants-health.duth.gr/> (πρόσβαση 9/8/2009)

την έκδοση του πιστοποιητικού, βαρύνουν τον ενδιαφερόμενο (άρθρα 21 και 26, Ν. 2910/2001).

Οι αλλοδαποί που κατοικούν νόμιμα στην Ελλάδα, για δυο τουλάχιστον χρόνια, έχουν τη δυνατότητα, στο πλαίσιο της οικογενειακής συνένωσης, να ζητήσουν την είσοδο και εγκατάσταση των μελών της οικογένειάς τους στη χώρα (σύζυγος, άγαμα τέκνα κάτω των 18 ετών). Στην περίπτωση αυτή, τα μέλη της οικογένειάς του, που συντηρούνται από αυτόν, έχουν το δικαίωμα να ασφαλιστούν έμμεσα στον ασφαλιστικό φορέα του αλλοδαπού (άρθρο 28, Ν. 2910/2001).

Για την παροχή νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, απαιτείται η προσκόμιση βιβλιαρίου υγείας ασφαλιστικού φορέα για να καλυφθεί η δαπάνη από αυτόν. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει βιβλιάριο υγείας ασφαλιστικού φορέα, υποχρεούνται να πληρώσουν τη δαπάνη νοσηλείας. Κατ' εξαίρεση, γίνονται δεκτά για νοσηλεία μόνο επείγοντα περιστατικά και πάντοτε μέχρι την σταθεροποίηση της υγείας τους. Για εισαγωγή στο νοσοκομείο τακτικού περιστατικού, προκαταβάλλεται υποχρεωτικά το 50% του εκτιμώμενου κόστους νοσηλείας.

B. Παλινοστούντες ομογενείς.

Για τους παλινοστούντες ομογενείς Ποντίους και για τους Βορειοηπειρώτες, ισχύει ευνοϊκότερο καθεστώς, σε σχέση με τους αλλοδαπούς μετανάστες. Έχει δοθεί έμφαση στην προστασία αυτής της ομάδας, όπως φαίνεται από τη δημιουργία ειδικών θεσμών, όπως το Εθνικό Ίδρυμα Υποδοχής και Αποκατάστασης Αποδήμων και Παλινοστούντων Ομογενών Ελλήνων (Ε.Ι.Υ.Α.Π.Ο.Ε.), από την ίδρυση και λειτουργία κέντρων φιλοξενίας και από τη δημιουργία Κέντρου Συμπαράστασης Παλινοστούντων Μεταναστών από την Εκκλησία της Ελλάδος.

Η προστατευτική πολιτική, σε σχέση με τα θέματα υγείας, επικεντρώνεται στα εξής:

- Δυνατότητα κοινωνικής ασφάλισης στον ΟΓΑ (για ανασφάλιστους υπερήλικες, άρθρο 48, Νόμος 2084/1992) και ειδικός λογαριασμός αυτασφάλισης στο ΙΚΑ (Νόμος 1902/1990, άρθρο 36).
- Δικαίωμα δωρεάν ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης (Υπουργείο Υγείας, Υ.Α. Α3β/Φ15/720/7-2-1990).

- Χορήγηση έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από το Υπουργείο Απασχόλησης (Υ.Α. 33155/3012/1985, Υπουργείο Εργασίας) και βοηθήματα επαναπατρισμού από το Υπουργείο Υγείας (Υ.Α. ΦΕΚ 242, τόμος Β', 26/4/1988).

Γ. Αναγνωρισμένοι πολιτικοί πρόσφυγες.

Οι αναγνωρισμένοι αλλοδαποί πολιτικοί πρόσφυγες απολαμβάνουν όλων των παροχών που απολαμβάνουν και οι Έλληνες πολίτες, με τους οποίους εξομοιώνονται ως προς τα δικαιώματα σε παροχές κοινωνικής ασφάλισης. Συνεπώς, έχουν δικαιώματα πρόσβασης στις παροχές υγείας, ίδια με αυτά των Ελλήνων πολιτών. Επίσης, δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, μόνο εφόσον τους έχει δοθεί:

- α) το δελτίο ταυτότητας πρόσφυγα ή
- β) το δελτίο αιτήσαντος ασύλου αλλοδαπού ή
- γ) το ειδικό δελτίο παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους.

Σε αντίθετη περίπτωση μπορούν να απευθύνονται στα πολυϊατρεία των Μ.Κ.Ο.(Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων) "Γιατροί του Κόσμου" και "Γιατροί Χωρίς Σύνορα".

Δ. Μη-νόμιμοι αλλοδαποί οικονομικοί μετανάστες.

Αν και νομιμοποιήθηκε μεγάλος αριθμός οικονομικών μεταναστών, στην Ελλάδα εξακολουθούν να διαμένουν παράνομα πολλοί αλλοδαποί και οικονομικοί μετανάστες. Αλλοδαποί οι οποίοι ευρίσκονται παράνομα στην Ελλάδα, στερούνται ασφαλιστικών δικαιωμάτων, δεν γίνονται δεκτοί σε νοσοκομεία, θεραπευτήρια και κλινικές και δεν έχουν δυνατότητα παροχής ιατροφαρμακευτικής στήριξης. Για την κοινωνική ασφάλιση των μη νόμιμων αλλοδαπών οικονομικών μεταναστών υπάρχει διάταξη στο νόμο 2910/2001 (άρθρο 51, §1) σύμφωνα με την οποία «τα νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου υποχρεούνται να μη δέχονται για εξέταση αίτημα αλλοδαπού που βρίσκεται στο ελληνικό έδαφος, αν δεν είναι κάτοχος άδειας παραμονής ή δεν έχει θεώρηση εισόδου ή γενικά δεν αποδεικνύει ότι παραμένει νόμιμα στην Ελλάδα. Εξαιρούνται τα νοσοκομεία, τα θεραπευτήρια και οι κλινικές στις περιπτώσεις που οι αλλοδαποί εισάγονται εκτάκτως για νοσηλεία». Στην παραπάνω διάταξη προβλέπεται ότι εξαιρούνται και τα ανήλικα παιδιά.

Επιπλέον, προβλέπεται ότι οι διευθυντές των κλινικών και θεραπευτηρίων υποχρεούνται να ενημερώνουν την αστυνομική υπηρεσία ή την υπηρεσία αλλοδαπών και μετανάστευσης για την άφιξη και αναχώρηση αλλοδαπών, που νοσηλεύονται στα ιδρύματα αυτά (Ν. 2910 άρθρο 54). Όσοι παραβαίνουν τις διατάξεις αυτές, διώκονται πειθαρχικά και τιμωρούνται σύμφωνα με τον Ποινικό Κώδικα για παράβαση καθήκοντος.

Εξακολουθούν, πάντως, να υπάρχουν νομοθετικά κενά για τους αλλοδαπούς χωρίς άδεια παραμονής, οι οποίοι, όμως, έχουν καταθέσει αίτηση για ανανέωση άδειας, καθώς και τους κατόχους άδειας παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους. Αλλοδαποί χωρίς άδεια παραμονής, μεταξύ άλλων, δεν μπορούν να εκδώσουν ή να ανανεώσουν βιβλιάρια υγείας για τους ίδιους ή τα προστατευόμενα μέλη τους και να λάβουν τις παροχές ή τα επιδόματα που δικαιούνται, μέχρι την έκδοση της νέας άδειας. Στη δεύτερη περίπτωση, ενώ η άδεια παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους (άρθρο 37 §4α του Ν. 2910/2001) χορηγείται, κυρίως, όταν υπάρχουν σοβαροί λόγοι υγείας του αιτούντος, δεν προβλέπεται δωρεάν νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού. Επιβάλλεται η πρόβλεψη αυτή και για λόγους ίσης μεταχείρισης με τους κατόχους άδειας παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους (Π.Δ. 61/1999, άρθρο 8 §3), που χορηγείται σε αλλοδαπούς των οποίων η αίτηση ασύλου έχει απορριφθεί.

1.4.3.1. Οι Διακρατικές Συμφωνίες και οι εγκύκλιοι για την Ιατροφαρμακευτική και Νοσοκομειακή περίθαλψη των μεταναστών.

Η νοσηλεία των αλλοδαπών στη χώρα εξελίχθηκε τα τελευταία χρόνια σε μείζον θέμα εφόσον η επιβάρυνση στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων ακολούθησε αύξοντα ρυθμό διότι μεγάλο ποσοστό δεν διέθετε ασφαλιστικό φορέα. Βάσει των συνθηκών αυτών και στα πλαίσια ανάπτυξης της συνεργασίας με άλλες χώρες στον τομέα της υγείας, η Ελλάδα υπέγραψε συμφωνίες (διμερείς) με εννέα άλλες: Τσεχία, Σλοβακία, Αλβανία, Βουλγαρία, Ρουμανία, Αρμενία, Κύπρος, Ουγγαρία, Μάλτα. Βέβαια το πρόβλημα των μεταναστών και της νοσηλείας τους δεν είναι το ίδιο από όλες αυτές τις χώρες, αλλά γεωπολιτικοί λόγοι και λόγοι στρατηγικής επέβαλλαν τη σύναψη συμφωνιών και με αυτές.

Η ισχύς των Διακρατικών Συμφωνιών ποικίλει και ο χρονικός ορίζοντας που τίθεται είναι από 2 έως 5 έτη με ταυτόχρονη ανανέωση του χρόνου ισχύς αν συμφωνηθεί και από τα

δύο συμβαλλόμενα μέρη. Τα άρθρα των Συμφωνιών περιλαμβάνουν πολλά θέματα για την ανάπτυξη συνεργασίας στον τομέα της υγείας ώστε οι κοινές προσπάθειες να επιταχύνουν τις λύσεις ιατρικών προβλημάτων κοινού ενδιαφέροντος. Για όλες τις χώρες αναφέρεται η δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη να παρέχεται μόνο σε επείγουσες περιπτώσεις και σε οξείες ασθένειες οι οποίες χρήζουν άμεσης φροντίδας, εφόσον υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή του ασθενή. Η εν λόγω παροχή προσφέρεται έως τη σταθεροποίηση της υγείας και κατά τη διάρκεια της προσωρινής τους διαμονής στη χώρα. Διαφοροποίηση από αυτές τις προϋποθέσεις παρουσιάζουν κυρίως δύο χώρες: η Αλβανία και η Κύπρος.

Δωρεάν περίθαλψη σε Αλβανούς υπηκόους παρέχεται, εκτός από έκτακτες περιπτώσεις κατά τη διάρκεια της προσωρινής τους διαμονής, σε 300 Αλβανούς έπειτα από Υπουργική Απόφαση. Ανάλογα ισχύει και για τους Κύπριους υπηκόους χωρίς τον περιορισμό του αριθμού τους. Η Υπουργική Απόφαση εκδίδεται έπειτα από συνεννόηση των δύο Υπουργείων Υγείας, Ελλάδας και Κύπρου.

Μπορεί οι Διακρατικές Συμφωνίες να έχουν συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού των δύο μερών, ωστόσο οι νοσηλείες που καταγράφονται στα ελληνικά νοσοκομεία ξεπερνούν κατά πολύ το ποσοστό εκείνο των περιόδων που οι αρμόδιοι συζητούσαν τη σύναψη των Συμφωνιών. Από καταγραφές προέκυψε ότι στα νοσοκομεία του ΕΣΥ οι μετανάστες που νοσηλεύονται συνεχώς αυξάνονται και αυξάνεται και το κόστος νοσηλείας που αφήνουν σε εκκρεμότητα (Γαϊτανίδου, 2002).

Στα πλαίσια αυτών των συνθηκών το αρμόδιο υπουργείο προέβη στην υπογραφή και άμεση εφαρμογή συγκεκριμένων εγκυκλίων. Η νοσηλεία των μεταναστών τώρα πραγματοποιείται με συγκεκριμένες διαδικασίες και σε ειδικά δελτία όλοι οι μετανάστες, αλλοδαποί εκτός χωρών της Ε.Ε. καταγράφονται λεπτομερώς για ενημέρωση και έλεγχο από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Αν και οι Διακρατικές Συμφωνίες συνεχίζουν να έχουν την ίδια ισχύ, τίθεται επιπλέον η παράμετρος εκείνη όπου προκειμένου να εισέλθει ένας αλλοδαπός στην Ελλάδα για να νοσηλευτεί (από χώρα όπου έχει κυρώσει Συμφωνία με την Ελλάδα στον τομέα της υγείας) απαιτείται η έκδοση Υπουργικής Απόφασης και κοινοποίησή της στο νοσοκομείο πριν περάσει τα σύνορα της χώρας. Για εκείνους που βρίσκονται προσωρινά στη χώρα και νόμιμα, η νοσηλεία τους σε όλες τις περιπτώσεις (τακτικό ή έκτακτο περιστατικό) πραγματοποιείται κανονικά και τηρείται η διαδικασία

είσπραξης νοσηλίων. Στα τακτικά περιστατικά απαιτείται να προκαταβάλλεται το 50% του εκτιμώμενου κόστους περίθαλψης και νοσηλείας, διαφορετικά ο ασθενής δεν γίνεται δεκτός στο νοσοκομείο. Στην περίπτωση όμως εκείνων που δεν βρίσκονται νόμιμα στη χώρα, παρέχονται οι πρώτες βοήθειες σε επείγοντα περιστατικά και έπειτα το νοσοκομείο είναι υποχρεωμένο να ειδοποιήσει τις αρμόδιες αστυνομικές υπηρεσίες για τις περαιτέρω νόμιμες ενέργειες. Οι πολιτικοί πρόσφυγες δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερο πρόβλημα στις νοσηλείες τους, εφόσον έχοντας τα απαραίτητα έγγραφα τους παρέχεται δωρεάν περίθαλψη. Βέβαια υπάρχουν και οι περιπτώσεις των ομογενών στους οποίους παρέχεται δωρεάν περίθαλψη με την προϋπόθεση να διαθέτουν Βιβλιάριο Οικονομικής Αδυναμίας συνοδευόμενο υποχρεωτικά από το Ειδικό Δελτίο Ταυτότητας Ομογενή. (Γαϊτανίδου, 2002).

1.4.4. Μέτρα για τον έλεγχο της παράνομης χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους αλλοδαπούς.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, από ελέγχους που είχε διενεργήσει το έτος 2000 σχετικά με την τήρηση των θεσμοθετημένων διαδικασιών για την παροχή ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης σε αλλοδαπούς, διαπίστωσε ποικίλες, παράνομες και παράτυπες διαδικασίες σε βάρος των Ελλήνων φορολογουμένων από τα Νοσοκομεία του ΕΣΥ (Εθνικό Σύστημα Υγείας), από τη μη τήρηση των διακρατικών συμφωνιών. (Μαράτου-Αλιπραντή, Γκαζόν, 2005).

Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι είχαν δημιουργηθεί παράνομα δίκτυα και παρεχόταν περίθαλψη από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ σε αλλοδαπούς ασθενείς εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης και Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου, που δεν διέθεταν τα απαραίτητα νομιμοποιητικά έγγραφα και δεν καλύπτονταν από τις σχετικές διακρατικές συμφωνίες για την παροχή νοσηλείας. Πολλοί αλλοδαποί, που είχαν έρθει στην Ελλάδα με τουριστική βίζα ή που βρίσκονταν παράνομα στη χώρα, εισάγονταν ως επείγοντα περιστατικά για δωρεάν περίθαλψη στα νοσοκομεία, ενώ η κατάστασή τους δεν ενέπνεε κανένα κίνδυνο για τη ζωή τους. Με αυτή τη διαδικασία επίσης μεγάλος αριθμός αλλοδαπών γυναικών χρησιμοποιούσε τις μαιευτικές κλινικές των νοσοκομείων για τοκετό. Επιπλέον, εντοπίστηκαν πλαστά βιβλιάρια οικονομικής αδυναμίας καθώς και βιβλιάρια ασφαλιστικών φορέων με τα οποία παρεχόταν δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική περίθαλψη από νοσοκομεία του ΕΣΥ (Μαράτου-Αλιπραντή, Γκαζόν, 2005).

Για την εξάλειψη όλων αυτών των φαινομένων παράνομης παροχής δωρεάν ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης σε ασθενείς που δεν νομιμοποιούνται να την λαμβάνουν, εκδόθηκε εγκύκλιος (αριθμ. Υ4α/οικ.8992/13-7-2000) από το Υπουργείο Υγείας, με οδηγίες για την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης σε κάθε κατηγορία αλλοδαπών.

Οι διατάξεις της εγκυκλίου αυτής θα μπορούσαν να συνοψιστούν στα εξής:

- Για την είσοδο αλλοδαπών, εκτός χωρών μελών της Ε.Ε., για νοσηλεία στη χώρα μας, σε Νοσοκομεία του ΕΣΥ, στις περιπτώσεις όπου έχει υπογραφεί διακρατική συμφωνία με τη χώρα από την οποία προέρχονται, απαιτείται έκδοση εγκριτικής απόφασης του Υπουργού Υγείας.
- Δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται στους ομογενείς και στους υπηκόους των χωρών του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη, στους οποίους έχει χορηγηθεί βιβλιάριο οικονομικής αδυναμίας. Σημειώνεται ότι δεν προβλέπεται η έκδοση αυτού του βιβλιαρίου σε άλλες κατηγορίες αλλοδαπών και όταν προσκομίζεται θεωρείται πλαστό ή ότι έχει εκδοθεί παράνομα. Οι παροχές αυτές δίνονται δωρεάν και στους αναγνωρισμένους πολιτικούς πρόσφυγες.
- Στους αλλοδαπούς, οι οποίοι βρίσκονται προσωρινά στην χώρα (τουρίστες), δεν παρέχεται δωρεάν περίθαλψη ακόμη και στην περίπτωση επείγοντος περιστατικού, εκτός αν προέρχονται από τις χώρες του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη.
- Οι προϋποθέσεις παροχής ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης στους αλλοδαπούς που βρίσκονται μόνιμα και νόμιμα στη χώρα έχουν αναφερθεί παραπάνω (βλ. Ενότητα 1.4.3. Ζητήματα ασφάλισης και υγείας των αλλοδαπών μεταναστών).
- Με βάση την εγκύκλιο αναφέρεται ρητά ότι δικαιούνται φαρμακευτικής περίθαλψης μόνον οι κάτοχοι των βιβλιαρίων ασφαλιστικών φορέων, οι

αναγνωρισμένοι πολιτικοί πρόσφυγες και οι κάτοχοι βιβλιαρίων οικονομικής αδυναμίας.

- Στους αλλοδαπούς μη νόμιμα ευρισκόμενους στη χώρα μας παρέχονται οι απαραίτητες υπηρεσίες «αποκλειστικά σε περιπτώσεις επείγοντος περιστατικού και μέχρι την σταθεροποίηση της υγείας τους».

Πρέπει να σημειωθεί ότι παρά τις αυστηρές ρυθμίσεις τόσο του Ν. 2910/2001 (αρθ. 54) αλλά και του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τον περιορισμό των παράνομων και παράτυπων διαδικασιών, στην πράξη υπάρχει ελαστική εφαρμογή των διατάξεων αυτών. Για παράδειγμα οι αλλοδαποί που στερούνται νομιμοποιητικών εγγράφων νόμιμης παραμονής στη χώρα, όταν απευθύνονται σε κάποιο νοσοκομείο, ανεξαρτήτως του επείγοντος ή όχι του περιστατικού, συνήθως εξυπηρετούνται χωρίς να αντιμετωπίζουν πρόβλημα (ενημέρωση της Αστυνομικής Υπηρεσίας ή της Υπηρεσίας Αλλοδαπών και Μετανάστευσης). Επίσης οι τουρίστες, εξυπηρετούνται από τα Νοσοκομεία, σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού, χωρίς να ρωτηθούν καν αν προέρχονται από χώρα μέλος του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη.

1.5. Μετανάστευση-Υγεία και Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα.

1.5.1 Γενικά.

Η Ελλάδα από τη δεκαετία του '90 μετατρέπεται σε χώρα υποδοχής μεταναστών και καλείται να διαφυλάξει αφ' ενός τη συνοχή της και αφ' ετέρου να σχεδιάσει μια αποτελεσματική πολιτική σχετικά με την κοινωνική ασφάλιση για τους οικονομικούς μετανάστες, νόμιμους και παράνομους. Η αποτελεσματικότητα αυτής της πολιτικής μπορεί να επιτευχθεί διερευνώντας αρχικά το κοινωνικό προφίλ των οικονομικών μεταναστών, τις συνθήκες διαβίωσης – απασχόλησης, τις προϋποθέσεις ασφάλισης καθώς και τη δυνατότητα πρόσβασής τους σε κοινωνικές υπηρεσίες οι οποίες υποδεικνύουν παράλληλα και τις ιδιαιτερότητες του μεταναστευτικού πληθυσμού καθώς και το βαθμό χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Ας σημειωθεί ότι από το 1998 εφαρμόστηκαν στη χώρα μας προγράμματα νομιμοποίησης μεταναστών. Όμως πα'όλα αυτά, τα δεδομένα που καταγράφονται για θέματα κοινωνικής ασφάλισης και στα

νοσοκομεία και στους επί μέρους ασφαλιστικούς φορείς ακόμη και σήμερα είναι περιορισμένα.

1.5.2. Το κοινωνικό προφίλ των μεταναστών.

Η απεικόνιση της δημογραφικής εικόνας και απασχόλησης των μεταναστών συμβάλει στον εντοπισμό των ιδιαίτερων αναγκών και στη διαμόρφωση της συνολικής εικόνας σε σχέση με το Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας στην Ελλάδα. Σύμφωνα με την απογραφή του 2001 από την ΕΣΥΕ, προκύπτει ότι από τους 762.191 μετανάστες που καταγράφηκαν, περίπου οι 415.000 (ποσοστό 55%), είχαν ως βασικό λόγο εγκατάστασής των στην Ελλάδα την αναζήτηση εργασίας. Σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση φαίνεται ότι περίπου το 60% των μεταναστών ζει οικογενειακά, και όπως είναι αναμενόμενο θα κάνουν χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας σε μεγαλύτερο βαθμό. Ως προς το συνολικό πληθυσμό το ποσοστό των μεταναστριών γυναικών αντιστοιχεί σε 45 % έναντι 50% των Ελληνίδων.

1.5.3. Κατανομή του πληθυσμού Ελλήνων - μεταναστών κατά ηλικιακή ομάδα.

Στον Πίνακα 1.4. που ακολουθεί απεικονίζεται η ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού Ελλήνων και μεταναστών ως προς την ηλικιακή των ομάδα.

Πίνακας 1.4. Πληθυσμός Ελλήνων – μεταναστών ως προς την ηλικιακή ομάδα, 2001.

Ηλικιακή ομάδα	Σύνολο πληθυσμού	Σύνολο Ελλήνων	Σύνολο Μεταναστών %	Σύνολο πληθυσμού %	Σύνολο Μεταναστών %	Σύνολο Μεταναστών %
0-4	530743	492309	38434	4,9%	4,8%	5,0%
5-9	546303	504489	42814	5,0%	4,9%	5,6%
10-14	586597	540755	45842	5,4%	5,3%	6,0%
15-19	725715	666080	59635	6,6%	6,5%	7,8%
20-24	1647091	1473137	200954	15,3%	14,5%	26,4%

30-39	1650393	1475104	175289	15,1%	14,5%	23,0%
40-49	1489598	1379619	109979	13,6%	13,6%	14,4%
50-59	1233903	1185400	48503	11,3%	11,7%	6,4%
60-69	1241968	1217943	24025	11,4%	12,0%	3,2%
70-79	883210	870930	1280	8,1%	8,6%	1,6%
>80	371576	367140	4436	3,4%	3,6%	0,6%
Σύνολο	10934097	10171906	762191	100%	100%	100%

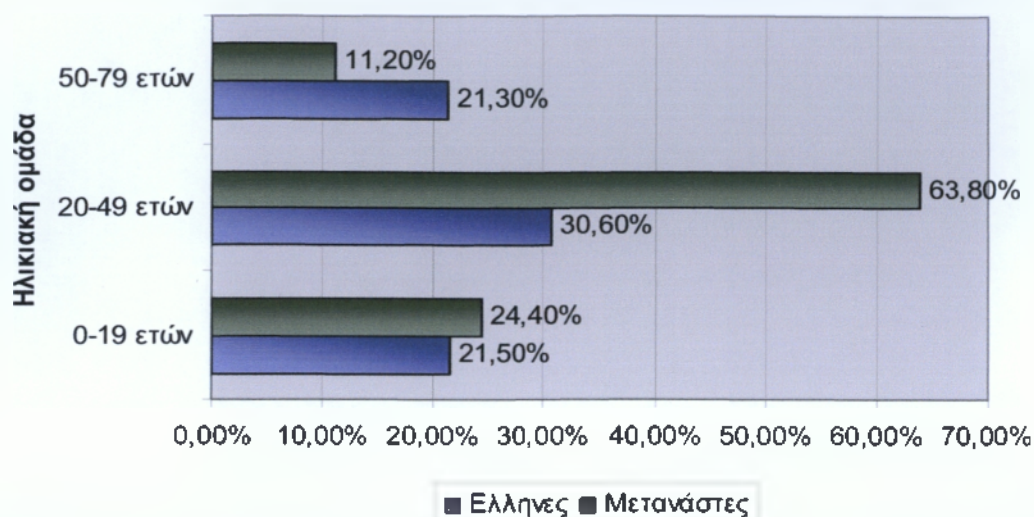
ΠΗΓΗ: ΕΣΥΕ, Απογραφή 2001.

Όπως φαίνεται η δομή που μεταναστευτικού πληθυσμού κατά ηλικιακή ομάδα σε σχέση με των Ελλήνων διαφοροποιείται σημαντικά ως προς τα ποσοστά. Το ποσοστό των μεταναστών (επί του συνολικού αριθμού μεταναστών 762.191) στην ηλικιακή ομάδα 0-4 ετών είναι 5% έναντι 4.8% των Ελλήνων (επί συνολικού πληθυσμού των Ελλήνων 10.171.906). Εξίσου υψηλότερα είναι τα ποσοστά των μεταναστών και για τις άλλες ηλικιακές ομάδες, και κυρίως μεταξύ των ηλικιακών ομάδων 20- 49 ετών που αποτελούν και τον ενεργό πληθυσμό στη χώρα. Αντιστρέφεται το ποσοστό μεταναστών μεταξύ της ηλικιακής ομάδας 50-59 σε 6,4% και αντίστοιχα των Ελλήνων 11,7% , μεταξύ 60- 69 ετών τα ποσοστά κυμαίνονται στο 3,2% και 12% αντίστοιχα, ενώ μεταξύ 70-79 ετών παρότι μειώνονται τα ποσοστά και στους δύο πληθυσμούς, το ποσοστό των Ελλήνων είναι υψηλότερο 8,6% έναντι 1,6% των μεταναστών.

Γενικά, διαπιστώνεται ότι η αύξηση των μεταναστών έρχεται να αντισταθμίσει τη μείωση του Ελληνικού πληθυσμού, ως αποτέλεσμα της υπογεννητικότητας. Όταν για παράδειγμα το ποσοστό των Ελλήνων ηλικιωμένων ατόμων > 80 κυμαίνεται στο 3,6% έναντι 0,6% των μεταναστών, κατά συνέπεια και οι ανάγκες που προκύπτουν ως προς τη χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας μεταξύ των δύο πληθυσμών είναι δομικά διαφορετικές.

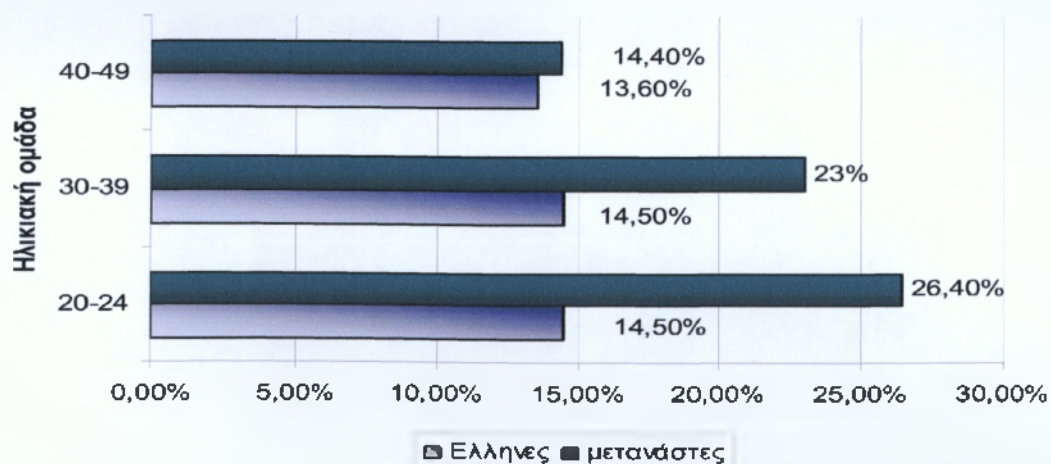
Στο Γράφημα 1.1 που ακολουθεί απεικονίζεται το ποσοστό των μεταναστών και των Ελλήνων επί του συνολικού πληθυσμού. Όπως διαφαίνεται, οι μετανάστες αποτελούν το 63,80 % του ενεργού τους πληθυσμού έναντι 30,60% των Ελλήνων. Ο νεότερος ηλικιακά πληθυσμός μεταξύ 0-19 ετών ανέρχεται για τους μετανάστες στο 24,40% έναντι 21,50%

των Ελλήνων. Αντίθετα ο γερασμένος πληθυσμός των μεταναστών είναι σε σημαντικά χαμηλότερος, ποσοστό 11,20% έναντι 21,30% των Ελλήνων.



Γράφημα 1.1. Ποσοστιαία κατανομή Ελλήνων – Μεταναστών ανά ηλικιακή ομάδα 2001.

Στο γράφημα 1.2 απεικονίζεται η ποσοστιαία κατανομή του ενεργού πληθυσμού (ηλικιακή ομάδα 20-49 ετών). Όπως φαίνεται το 26,40% του μεταναστευτικού πληθυσμού είναι ηλικίας 20-24 ετών έναντι του 14,50% των Ελλήνων επί του συνολικού πληθυσμού των. Μετά την ηλικία των 40 ετών η ποσοστιαία αναλογία μεταξύ των δύο πληθυσμών ελαττώνεται σημαντικά.



Γράφημα 1.2. Ποσοστιαία κατανομή του ενεργού πληθυσμού (20-49 ετών) Ελλήνων και μεταναστών, 2001.

1.5.4. Εργατικό δυναμικό των μεταναστών στην Ελλάδα.

Το σύνολο του εργατικού δυναμικού των μεταναστών σύμφωνα με την απογραφή του πληθυσμού το 2001 από την ΕΣΥΕ ανέρχεται σε 413.267 άτομα. Το ποσοστό ανεργίας των μεταναστών αντιστοιχεί στο 5,2% έναντι του 10,4% των Ελλήνων. Όσον αφορά την επαγγελματική θέση, από τα στοιχεία της απογραφής φαίνεται ότι σχεδόν το 89% των μεταναστών είναι μισθωτοί, έναντι 62% των Ελλήνων. Τα ποσοστά διαφοροποιούνται σημαντικά στην κατηγορία των αυτοαπασχολούμενων και εργοδοτών όπου το ποσοστό των Ελλήνων κυμαίνεται στο 19% και 12,8% έναντι 6,5% και 2,8% αντίστοιχα των μεταναστών. Επίσης ένα ποσοστό 68% των μεταναστών απασχολούνται ως χειρώνακτες «τεχνίτες, ανειδίκευτοι εργάτες με προσωρινή και ανασφαλή απασχόληση» ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των Ελλήνων δεν ξεπερνά το 10%. Γίνεται φανερό ότι οι κλάδοι εργασιακής απασχόλησης που συγκεντρώνουν την συντριπτική πλειοψηφία του μεταναστευτικού πληθυσμού χαρακτηρίζονται από δύσκολες εργασιακές συνθήκες οι οποίες αφενός μπορούν να επιδράσουν αρνητικά στην υγεία των και αφετέρου να επηρεάσουν το βαθμό χρήσης των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Από την συνολική εικόνα που διαμορφώνεται, μπορούν να προσδιοριστούν οι κεντρικές τάσεις ως προς τις ανάγκες που προκύπτουν από τη χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας από τους μετανάστες, εάν λάβει κανείς υπόψη του ότι ο πληθυσμός των μεταναστών είναι πιο νέος και η δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν μακροπρόθεσμα τις υπηρεσίες υγείας επιμηκύνεται εξαιτίας της σωματικής φθοράς που οι συνθήκες εργασίας επιφέρουν.

1.5.5. Πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες.

Με βάση τα δεδομένα της ΕΣΥΕ / EU – SILC (Πανελλήνια έρευνα) δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι ο βαθμός χρήσης των δημοσίων υπηρεσιών φροντίδας υγείας διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ μεταναστών και γηγενών. Ούτε στερούνται αλλά ούτε ωφελούνται ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά την πρόσβασή τους στα δημόσια νοσοκομεία, ή Κέντρα Υγείας της χώρας, ενώ αντίθετα η παρουσία παιδιών στην οικογένεια αυξάνει την πιθανότητα χρήσης των δημόσιων νοσοκομείων ή Κέντρων υγείας από τους μετανάστες. Τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων οικονομικών μεταναστών στη χώρα μας στην πλειοψηφία είναι μισθωτοί χωρίς ειδικευση, με προσωρινή και ανασφαλή απασχόληση, διαφέρουν σημαντικά των Ελλήνων και κατά συνέπεια εξαρτώνται και χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό τις δημόσιες υπηρεσίες φροντίδας υγείας σε σχέση

με τους Έλληνες που χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που υπάγονται στον ιδιωτικό τομέα (Μαράτου-Αλιπραντή, Γκαζόν, 2005α).

Διακρίσεις ή ειδικές δυσκολίες πρόσβασης των μεταναστών στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας δεν διαπιστώνονται. Υπάρχουν όμως διαφορές οι οποίες προέρχονται από τη διαφορετική δομή των δυο πληθυσμών (Ελλήνων και μεταναστών) και αφορούν το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, καθώς και τη χώρα προέλευσης.

1.5.6. Βασικοί Ασφαλιστικοί Οργανισμοί. Αρχές και προϋποθέσεις ασφάλισης.

Δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση και στις παροχές που από αυτήν προβλέπονται έχουν μόνο οι νόμιμοι μετανάστες, δηλαδή οι κάτοχοι άδειας παραμονής και εργασίας. Η ασφάλιση είναι υποχρεωτική δεν εξαρτάται από τη θέληση του εργαζομένου ή του εργοδότη και αρχίζει από την πρώτη μέρα εργασίας. Οι παροχές που δικαιούται ο κάθε ασφαλισμένος μπορεί να είναι είτε από το ΙΚΑ ή από άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Το δικαίωμα παροχών αφορά την ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή φροντίδα υγείας, επιδόματα ασθενείας ατυχήματος μητρότητας καθώς και οικογενειακά επιδόματα, σύνταξη κ.α. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι λόγω της ύπαρξης διαφορετικών κατηγοριών μεταναστών (νόμιμοι οικονομικοί μετανάστες, παράνομοι/ χωρίς άδεια παραμονής, πολιτικοί πρόσφυγες, κλπ) δεν υπάρχει ενιαίος τρόπος ρύθμισης της ασφαλιστικής τους κάλυψης.

Σύμφωνα με τον νόμο 2910/2001 άρθρο 39 παρ. 1 του κεφαλαίου για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των αλλοδαπών αναφέρεται ότι: οι αλλοδαποί που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα, ασφαλιζονται στους οικείους ασφαλιστικούς οργανισμούς και απολαμβάνουν των ιδίων ασφαλιστικών δικαιωμάτων με τους ημεδαπούς (εφόσον απασχολούνται με σχέση εξαρτημένης εργασίας ή ασκούν ανεξάρτητη οικονομική δραστηριότητα έχουν το δικαίωμα αλλά και την υποχρέωση να ασφαλιζονται στον αντίστοιχο ασφαλιστικό οργανισμό και να απολαμβάνουν τις ίδιες παροχές όπως ακριβώς και οι Έλληνες πολίτες). Όπως επίσης διατηρούν το δικαίωμα για την έμμεση ασφάλιση των μελών της οικογένειας τους στον ασφαλιστικό φορέα που φέρουν οι ίδιοι (αρθρο28 Ν. 2910 /2001).

Αντίθετα, για την έκδοση άδειας παραμονής απαιτείται εκτός των προϋποθέσεων ασφάλισης ή την υποβολή σχετικής αίτησης, για την κάλυψη τυχόν εξόδων νοσηλείας,

ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, και έκδοση πιστοποιητικού υγείας από ημεδαπά κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα, κέντρα υγείας, θεραπευτήρια ή ιατρεία του ΙΚΑ, όπου τα έξοδα των εξετάσεων επιβαρύνουν τον ενδιαφερόμενο όπως αυτό καθορίζεται από το άρθρο 21 και 26 του νόμου 2910/2001. Οι βασικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί που έχουν και το μεγαλύτερο αριθμό ασφαλισμένων μεταναστών είναι τρεις: το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), το Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος (ΟΑΕΕ -ΤΕΒΕ) και το (ΟΓΑ).

Η αντιμετώπιση των μεταναστών από τα ασφαλιστικά ταμεία είναι η ίδια όπως και με τους Έλληνες πολίτες. Δικαιούνται τις ίδιες παροχές όπως προβλέπεται από το νόμο κατά των διακρίσεων, ενώ παραμένει το θέμα της λαθρομετανάστευσης όπου η αντιμετώπιση είναι διαφορετική με εξαίρεση τα παιδιά. Τα διαθέσιμα στοιχεία που αφορούν τους ασφαλισμένους μετανάστες στους τρεις βασικούς ασφαλιστικούς φορείς είναι περιορισμένα. Προέρχονται από τους ίδιους τους φορείς και την ΕΣΥΕ.

1.5.7. Ασφαλισμένοι μετανάστες στο ΙΚΑ.

Σύμφωνα με Έγγραφο του ΙΚΑ Δ21/12/121/21-9-93, η ασφάλιση των οικονομικών μεταναστών που προσφέρουν εξαρτημένη εργασία, ανεξάρτητα εάν έχουν άδεια παραμονής ή εργασίας, είναι υποχρεωτική έστω και εάν η εργασία τους θεωρείται παράνομη. Ο συνολικός αριθμός ασφαλισμένων όπως καταγράφεται από το ΙΚΑ Πίνακας 1.5 ανέρχεται σε 1.865.575 εκ των οποίων το 1.623.433 είναι Έλληνες ποσοστό 87% και οι 242.142 είναι αλλοδαποί ποσοστό 13%.

Πίνακας 1.5. Ποσοστό ασφαλισμένων Ελλήνων και μεταναστών, 2003.

Ασφαλισμένοι	Αριθμός ασφαλισμένων	%
Έλληνες	1.623.433	87%
Μετανάστες	242.142	13%
Σύνολο	1.865.575	100%

ΠΗΓΗ: ΙΚΑ, 2003.

Σύμφωνα με την απογραφή 2001 από την ΕΣΥΕ ο αριθμός των ασφαλισμένων μεταναστών στο ΙΚΑ διαφοροποιείται σε σχέση με την καταγραφή του ΙΚΑ, και ανέρχεται

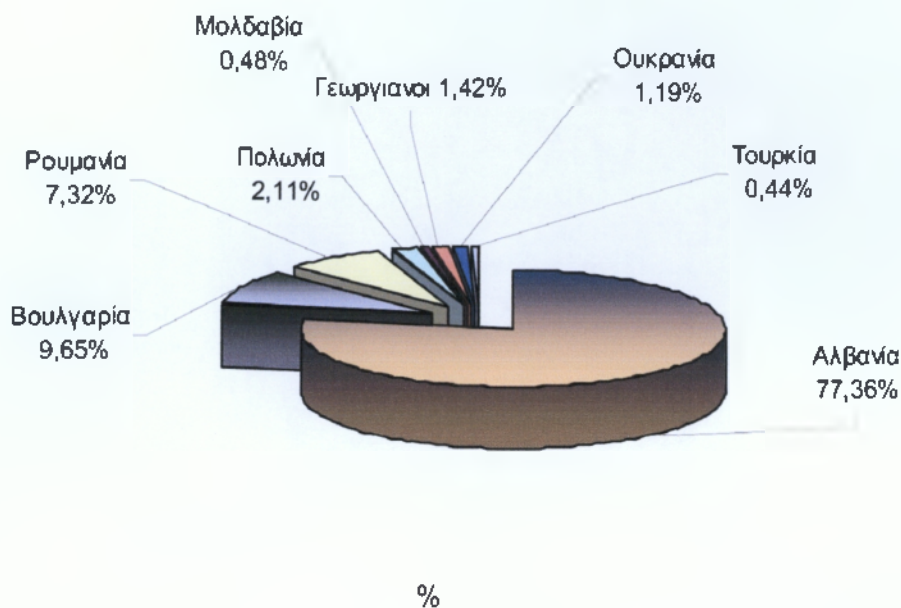
συνολικά σε 348.455 άτομα. Η ερμηνεία για τη διαφορά αυτή σχετίζεται με το ότι δεν υπολογίζονται από το σύστημα μηχανογράφησης του ΙΚΑ κατηγορίες απασχόλησης εργαζομένων όπως π.χ. οικιακοί βοηθοί. Επομένως θα έπρεπε να είναι και υψηλότερος ο αριθμός των ασφαλισμένων στο ΙΚΑ. Σύμφωνα με την κατανομή του συνόλου των ασφαλισμένων στο ΙΚΑ κατά ηλικία, το 80% των ασφαλισμένων μεταναστών είναι (20-40 ετών), σε σχέση με τους Έλληνες ασφαλισμένους που είναι 59%. Ο αριθμός των ασφαλισμένων μεταναστών ανά χώρα προέλευσης σύμφωνα με στοιχεία που παραχωρούνται από το ΙΚΑ όπως αποτυπώνεται και στον Πίνακα 1.6 είναι σημαντικά υψηλότερος στους μετανάστες που προέρχονται από την Αλβανία.

Πίνακας 1.6. Ασφαλισμένοι μετανάστες στο ΙΚΑ ανά χώρα προέλευσης, 2001.

Χώρα προέλευσης	Αριθμός ασφαλισμένων στο ΙΚΑ
Αλβανία	130.510
Βουλγαρία	16.283
Ρουμανία	12.356
Πολωνία	3.560
Μολδαβία	815
Γεωργία	2.403
Ουκρανία	2.014
Τουρκία	745
Σύνολο	168.686

ΠΗΓΗ: ΙΚΑ,2001.

Η ποσοστιαία κατανομή των ασφαλισμένων στο ΙΚΑ απεικονίζεται και στο γράφημα 1.3 που ακολουθεί και όπως φαίνεται το 77,36% των μεταναστών είναι Αλβανικής καταγωγής, ακολουθούν οι Βούλγαροι με 9,65%, και οι Ρουμάνοι με 7,11%.



Γράφημα 1.3. Ποσοστιαία αναλογία ασφαλισμένων στο ΙΚΑ ανά χώρα προέλευσης.

1.5.8. Ασφαλισμένοι μετανάστες στο ΤΕΒΕ.

Με βάση τα δεδομένα του 2004 όπως περιγράφονται από τον ίδιο το φορέα από το σύνολο 555.413 άμεσων ασφαλισμένων, ο συνολικός αριθμός των ασφαλισμένων μεταναστών που είναι εγγεγραμμένοι στο ΤΕΒΕ ανέρχεται μόνο σε 9.705 ποσοστό 1.7% Πίνακας 1.7. Σχετικά με την χώρα προέλευσης το 34% των εγγεγραμμένων στο ΤΕΒΕ είναι Αλβανικής καταγωγής, εκ των οποίων το 71,3% είναι άνδρες και μόνο το 28,6% γυναίκες.

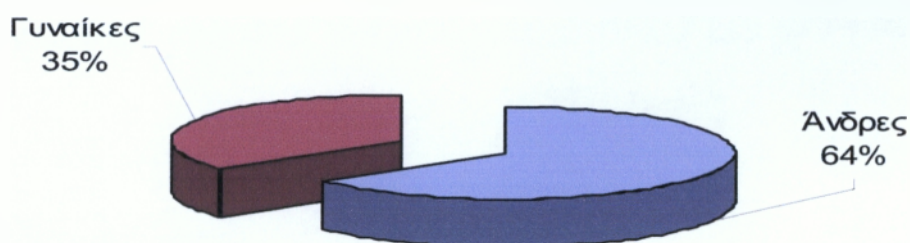
Πίνακας 1.7 Ασφαλισμένοι αλλοδαποί στο ΤΕΒΕ κατά υπηκοότητα, φύλο, (2004).

Χώρα Προέλευσης	Άνδρες Ασφαλισμένοι	Γυναίκες Ασφαλισμένοι	Σύνολο Ασφαλισμένων
Αίγυπτος	185	12	197
Αλβανία	2359	948	3307
Άλλη χώρα	137	38	175
Βουλγαρία	127	219	346
Γαλλία	109	97	206
Γερμανία	203	187	390
ΗΠΑ	69	58	127
Ιταλία	242	97	339
Κίνα	114	61	175
Κύπρος	271	101	372
Μεγ.Βρετανία	334	291	625
Μπαγκλαντές	105	0	105
Νιγηρία	241	28	269
Ολλανδία	71	72	14
Ουκρανία	29	182	211
Πακιστάν	223	1	224
Πολωνία	82	80	162
Ρουμανία	113	139	252
Ρωσία	47	134	181
Συρία	293	7	300
Τουρκία	93	24	117
Υπόλοιποι	669	529	1198
Σύνολο	6116	3305	9421

ΠΗΓΗ: ΤΕΒΕ, 2004.

Επιπρόσθετα, το ποσοστό των ανδρών που είναι ασφαλισμένοι στο ΤΕΒΕ ανέρχεται σε 64% έναντι 35% των γυναικών. Η σχέση αυτή αποτυπώνεται στην Γράφημα 1.4 που ακολουθεί.

ασφαλισμένοι μετανάστες στο ΤΕΒΕ



Γράφημα 1.4. Ποσοστό ασφαλισμένων μεταναστών στο ΤΕΒΕ σε σχέση με το φύλο, 2004.

1.5.9. Ασφαλισμένοι μετανάστες στο ΟΓΑ.

Όπως αποτυπώνεται στον Πίνακα 1.8 που ακολουθεί, ο συνολικός αριθμός ασφαλισμένων μεταναστών στο ΟΓΑ ανέρχεται σε 44.689, εκ των οποίων σε σχέση με το φύλο 36.562 είναι άνδρες, ποσοστό 82% και 8.127 είναι γυναίκες, ποσοστό 18%.

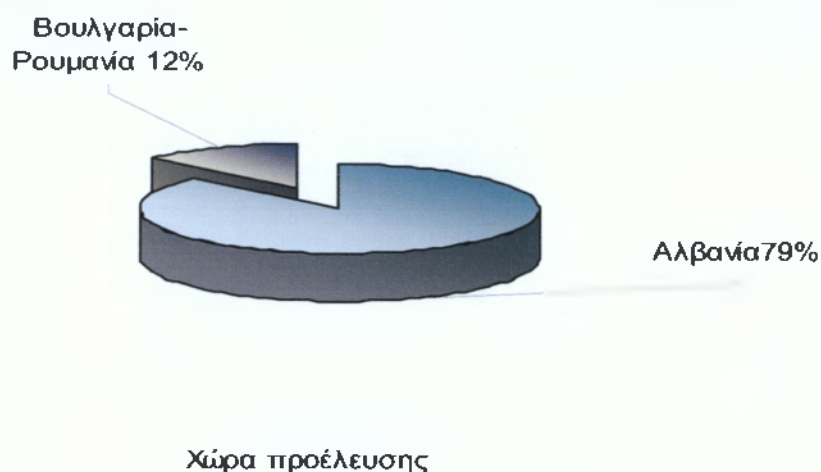
Πίνακας 1.8. Αριθμός ασφαλισμένων μεταναστών στο ΟΓΑ σε σχέση με το φύλο.

Φύλο	Ασφαλισμένοι μετανάστες στο ΟΓΑ
Άνδρες	36562
Γυναίκες	8127
Σύνολο	44689

ΠΗΓΗ: Ασφαλιστικός φορέας ΟΓΑ.

Αναφορικά με τη χώρα προέλευσης η Αλβανία, η Βουλγαρία και η Ρουμανία συγκεντρώνουν το 91% των ασφαλισμένων αλλοδαπών στο ΟΓΑ. Από αυτούς μόνο οι

Αλβανοί αποτελούν το 79% των ασφαλισμένων, ακολουθούν οι Βούλγαροι και Ρουμάνοι με ποσοστό 12%.



Γράφημα 1.5. Ποσοστό ασφαλισμένων μεταναστών στο ΟΓΑ ανά χώρα προέλευσης , 2002.

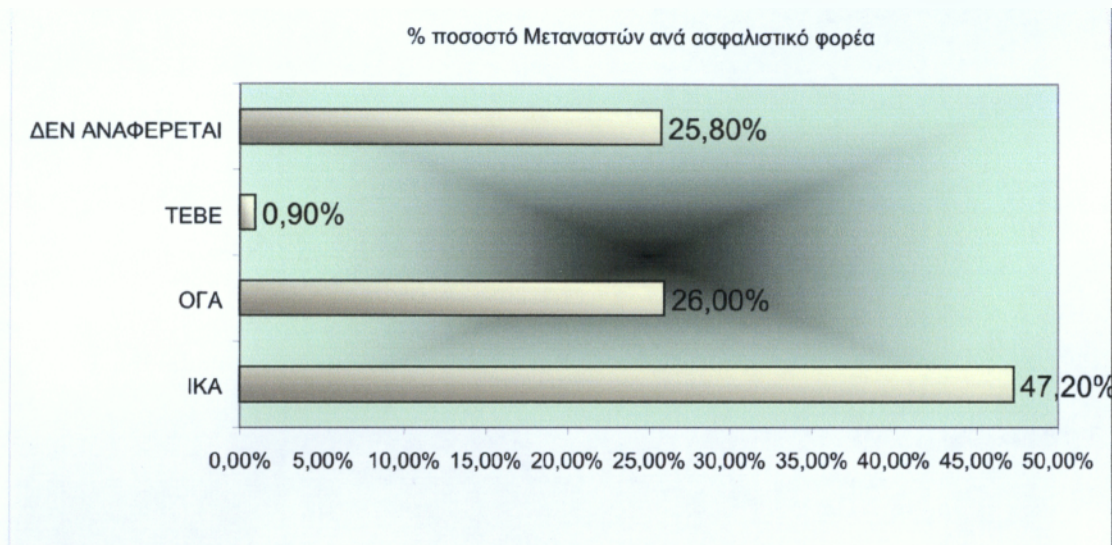
Σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα το 72% των ασφαλισμένων μεταναστών στο ΟΓΑ είναι ηλικίας κάτω των 40 ετών.

Τέλος, το ποσοστό των μεταναστών βάση της εγγραφή τους ανά ασφαλιστικό φορέα όπως προκύπτει, στο ΙΚΑ βρίσκεται το 47,20% των μεταναστών, στο ΟΓΑ το 26%, ενώ ένα επίσης σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 25,80% δεν αναφέρει κανέναν ασφαλιστικό φορέα.

Πίνακας 1.9. Ποσοστό μεταναστών ανά ασφαλιστικό φορέα.

Ασφαλιστικός Φορέας	% Ποσοστό Μεταναστών
ΙΚΑ	47,20%
ΟΓΑ	26,00%
ΤΕΒΕ	0,90%
ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ	25,80%

Η ποσοστιαία αναλογία των μεταναστών ανά ασφαλιστικό φορέα απεικονίζεται και από το Γράφημα 1.6 που ακολουθεί.



Γράφημα 1.6 Ποσοστό μεταναστών ανά ασφαλιστικό φορέα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ

2.1. Η έννοια του πολιτισμού.

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 ομιλούν 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 σκέψεων και δράσεως, που παρουσιάζεται μεταξύ ανθρωπίνων ομάδων, τα δε άτομα μετέχουν κατ' ανάγκη στον πολιτισμό της ομάδας τους (Παπακωνσταντίνου, 1970).

Επειδή ο άνθρωπος, αντιθέτως προς τα ζώα, επιδιώκει μονίμως να βελτιώνει τη ζωή του ή γενικότερα τον τρόπο διαβίωσής 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 είναι στατικός.

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, CD 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 κατ' επέκταση την αποδοχή της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας (Παπακωνσταντίνου, 1970).

2.2. Ιστορική αναδρομή της θεώρησης της υγείας σε διάφορους πολιτισμούς.

Η συμβίωση των ανθρώπων κάθε ομάδας δημιούργησε την ανάγκη ύπαρξης κανόνων που να ρυθμίζουν τις σχέσεις μεταξύ τους. Το κάθε άτομο οφείλει να μάθει και να τηρεί αυτούς τους κανόνες. Ο άνθρωπος δια της ομαδικής του συμβίωσης δημιούργησε «τεχνικά» ένα περιβάλλον, μέσα στο οποίο το άτομο γεννιέται και πρέπει να προσαρμόζεται. Η λειτουργία της προσαρμογής, η οποία αρχίζει με τη γέννηση και συνεχίζεται για όλο το διάστημα της ζωής ενός ατόμου, ονομάζεται «κοινωνικοποίηση».

Στους κανόνες που ρυθμίζουν τις σχέσεις των ανθρώπων πρέπει να προστεθούν και άλλα στοιχεία, όπως η συσσωρευμένη γνώση, οι διάφορες τεχνικές που χρησιμοποιούνται στην πράξη, καθώς επίσης και τα διάφορα επιτεύγματα, τόσο τα υλικά όσο και μη υλικά τα οποία έχουν πραγματοποιηθεί από την ομάδα. Όλα αυτά μαζί αποτελούν το κοινωνικό περιβάλλον ή αυτό το οποίο ονομάζεται συνήθως πολιτισμός, με την ευρύτερη έννοια του όρου.

Επειδή ο κάθε πολιτισμός περιέχει πολλά στοιχεία και είναι πολύπλοκος, είναι δύσκολο να καθορίσει κανείς, εάν η υγεία ή η νόσος είναι αποτέλεσμα του πολιτισμού ή άλλων φυσιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων. Πάντως, υπάρχουν μελετητές οι οποίοι αναφέρουν ότι ο πολιτισμός επιδρά στην υγεία των ατόμων που ανήκουν σ' αυτόν. Αναφέρεται ότι ο πολιτισμός ορισμένων περιοχών, όπως του Κασμίρ και του Καυκάσου, επηρεάζει τόσο τη ζωή των ατόμων, ώστε να ζουν περισσότερο από εκατό χρόνια, υπεραιωνόβιοι ηλικιωμένοι. Τα πολλά χρόνια της ζωής τους οφείλονται στην κουλτούρα τους, δηλαδή στον τρόπο διαβίωσής τους, όπως για παράδειγμα στη δραστηριότητά τους κατά την οποία, αν και υπερήλικες, εργάζονται σκληρά με σωματική εργασία, ενώ κάθε νέος από άλλη κοινωνία αυτό θα το θεωρούσε επίπονο. Η εργασία τους όμως αυτή λειτουργεί ως φυσική άσκηση, η οποία προάγει την καρδιοπνευμονική λειτουργία τόσο ώστε η παροχή οξυγόνου στην καρδιά είναι μεγαλύτερη σε σύγκριση με αγρότες άλλων περιοχών. Επιπλέον, σ' αυτούς τους πολιτισμούς οι ηλικιωμένοι απολαμβάνουν υψηλή κοινωνική εκτίμηση, κατέχουν κεντρική θέση στην πολυμελή οικογένεια, ζουν με στενούς συγγενείς τους, υιοθετούν σοβαρούς οικογενειακούς ρόλους, συνεχίζουν καθημερινά να παράγουν έργο και να συντελούν στην οικονομία της κοινότητας, και επιπλέον εκτιμώνται για τις

συμβουλές και για την σοφία τους. Δεν υποχρεώνονται να πάρουν σύνταξη, όπως στους Δυτικούς πολιτισμούς, αντιθέτως παραμένουν ανεξάρτητοι και περιμένουν μεγάλη μακροβιότητα. Πάντως, έτσι και χάσουν τους σημαντικούς ρόλους τους, πεθαίνουν γρήγορα. Η διατροφή των ανθρώπων σ' αυτούς τους πολιτισμούς περιλαμβάνει κατ'εξοχήν δημητριακά και χορταρικά, και αν ακόμη στις νεότερες εποχές έχουν την άνεση για διαφορετική και περισσότερη τροφή, εντούτοις δεν την χρησιμοποιούν και δεν τρώνε περισσότερο απ' ό,τι τους είναι απαραίτητο.

Αναφέρεται ότι η γεωγραφική και η πολιτισμική απομόνωση μερικών λαών συντέλεσε στο να μην γίνεται μεταφορά μικροβίων, με συνέπεια την απουσία νόσου και την μακροβιότητα των κατοίκων. Επίσης, ένας κοινός παράγοντας των εκατονταετιών που μελετήθηκαν σε τρεις πολιτισμούς, είναι ότι οι γονείς τους ήταν και αυτοί μακρόβιοι ή εκατονταετείς.

Υπάρχουν πάρα πολλοί παράγοντες που μπορούν να συμπεριληφθούν στον κάθε πολιτισμό, όπως γεωγραφική θέση, τρόποι ζωής που είναι πολλοί και διάφοροι για κάθε περιοχή, γένος και ηλικία, προϊόντα και τρόφιμα, παραγόμενα και χρησιμοποιούμενα βότανα κ.ά.

Ο λειτουργός υγείας πρέπει πρώτα να κατανοήσει την δική του πολιτισμική ιδιότητα, πριν προσπαθήσει να κατανοήσει την πολιτισμική ιδιότητα του ασθενούς. Εάν έχει αρνητική εικόνα για κάποιους άλλους πολιτισμούς, είναι πολύ δύσκολο να έχει θετικές σχέσεις και να παρέχει φροντίδα υγείας σε άτομα αυτών των πολιτισμών. Για την παροχή φροντίδας υγείας, ο επιστήμονας υγείας πρέπει να αποδέχεται κάθε άτομο ως μία αξιόλογη προσωπικότητα και να αποδέχεται τις αξίες και τις πεποιθήσεις των άλλων, έστω και αν δεν είναι ίδιες με τις δικές του.

2.3. Επίδραση του πολιτισμού στη συμπεριφορά απέναντι στην υγεία.

Οι πολιτισμικές αξίες επιδρούν αποφασιστικά στην οργάνωση της ανθρώπινης κοινωνίας, αλλά και στη διαμόρφωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. 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.

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.

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 «Αντιβεντιστών της εβδομης 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.

2.4. Πολιτισμική διαφορετικότητα- ποικιλομορφία και φροντίδα υγείας.

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 γενικότερα, άλλα 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.

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 διαφοροποιήσεις στις ανάγκες για φροντίδα υγείας άλλα και στους τρόπους προσέγγισης και επικοινωνίας, την ίδια στιγμή που οι ελλείψεις ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού 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, 1999). Ασφαλώς, κάποιες συνήθειες στα πλαίσια κάποιου πολιτισμικού περιβάλλοντος ευθύνονται για την συχνότητα κάποιων νοσημάτων. Για παράδειγμα, έρευνα που έγινε σε γυναικείο πληθυσμό της Υεμένης², απέδειξε ότι τα παραδοσιακά μουσουλμανικά μακριά γυναικεία φορέματα αυξάνουν την συχνότητα της οστεομαλακίας, 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 εκτρώσεων με τις γνωστές δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία της γυναίκας (Leininger, 1991).

Η πολιτισμική διαφορετικότητα όπως έχει ήδη αναφερθεί έχει άμεσες και εμφανείς επιδράσεις στις σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές και κατ'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 .

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

- 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).
- Στην ευπάθεια σε ασθένειες.

Υπάρχουν δηλαδή κάποια νοσήματα και καταστάσεις υγείας που σχετίζονται περισσότερο με τη φυλή και όχι με την εθνότητα ή την πολιτισμική ταυτότητα. Έτσι η ανεπάρκεια του

²

Η Υεμένη είναι ένα αραβικό - ισλαμικό κράτος στα νότια της Αραβικής χερσονήσου.

ενζύμου της λακτάσης, που ευθύνεται για τη μη ανοχή στη λακτόζη, απαντά συχνότερα σε άτομα Λατινοαμερικανικής, 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. Επίσης 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 (Andrews & Boyle, 1999). Είναι δηλαδή 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 διατήρησή της ή τη μη διατήρησή 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 έναν 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» (Leininger, 2002) αναφέρεται σε κοινά στοιχεία που υπάρχουν μεταξύ των ανθρώπων και αποτελεί όρο εννοιολογικά

αντίθετο από αυτόν της πολιτισμικής διαφορετικότητας. Είναι ένας μάλλον κατ' επίφαση όρος αφού με την αναζήτηση των πολιτισμικών καθολικών χαρακτηριστικών οδηγούμαστε στην κατανόηση των ομοιοτήτων και των κοινών στοιχείων που υπάρχουν μεταξύ των διαφόρων πολιτισμών μάλλον, παρά στην ανακάλυψη παγκόσμιων και καθολικών πολιτισμικών χαρακτηριστικών (Andrews&Boyle, 1999)

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/ιατρός 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 πρέπει 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, Φιλιππινέζων, 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.

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 (Dreher et al., 2002).

2.5. Οι έννοιες Διαπολιτισμικότητα και Διαπολιτισμική Νοσηλευτική.

Ο αριθμός μεταναστών και προσφύγων που έχει αυξηθεί κατακόρυφα σε πολλά μέρη του κόσμου φέρνει στην επιφάνεια θέματα που αφορούν την διαπολιτισμική εκπαίδευση στην νέα πολυπολιτισμική κοινωνία, δημιουργώντας έτσι ένα κλίμα πολιτισμικής ποικιλομορφίας και αυτό αποτελεί πρόκληση για την σταθερότητα των δομών. Ο στόχος της εκπαίδευσης σε αυτόν τον τύπο κοινωνίας λαμβάνει ένα ιδιαίτερο χαρακτήρα, αυτόν δηλαδή της διαμεσολάβησης μεταξύ των διαφόρων πολιτισμών που κουβαλούν οι επαγγελματίες υγείας. Μια διαμεσολάβηση που δεν μειώνει τα διαφορετικά πολιτισμικά αγαθά, αλλά αντίθετα ενισχύει μια συνεχή και παραγωγική αλληλεπίδραση ανάμεσα στα διάφορα μοντέλα.

Η νέα αυτή πραγματικότητα αποτελεί ακόμα μια πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι καλούνται να παρέχουν φροντίδα σε ανθρώπους, που προέρχονται από ποικίλα πολιτισμικά και εθνολογικά πλαίσια, με τις δικές τους διαφορετικές αξίες, πεποιθήσεις, ανησυχίες και γενικότερα με την δική τους κοσμοθεωρία. Δεν είναι τυχαίο ότι τα τελευταία χρόνια οι νοσηλευτές εξοικειώνονται όλο και περισσότερο με έννοιες όπως Παγκοσμιοποίηση, Διαπολιτισμική Νοσηλευτική, Πολιτισμική Φροντίδα, οι οποίες παλιότερα τους ήταν σχεδόν άγνωστες. Η παγκοσμιοποίηση απαιτεί από την εκπαίδευση να αρθεί στο ύψος των προκλήσεων που συνοδεύουν την ανάπτυξη της πολιτιστικής και θρησκευτικής ετερότητας, ούτως ώστε να διαμορφώσει πολίτες ικανούς να συμβιώσουν ειρηνικά. Οι σύγχρονες κοινωνίες είναι πολυπολιτισμικές και απαρτίζονται από πληθυσμιακές ομάδες που διαφέρουν όχι μόνο ως προς την γλώσσα, τη θρησκεία, τις αξίες, τις οικογενειακές σχέσεις αλλά και ως προς τις απόψεις σχετικά με την υγεία, την περίθαλψη, τη θεραπεία.

Ο όρος «πολυπολιτισμικός» συχνά χρησιμοποιείται στενά, για να μεταφέρει την απλή ανακριβή ιδέα ότι παντελώς ευδιάκριτοι και ξεχωριστοί πολιτισμοί είναι παρόντες μέσα σε μια μοναδική κοινωνία. Μερικές απόψεις της πολυπολιτισμικής εκπαίδευσης, για

παράδειγμα, εκφράζονται εξ' ολοκλήρου με όρους κυρίαρχου λόγου, απεικονίζοντας τους πολιτισμούς ως ξεχωριστές παραδόσεις, με τους μειονοτικούς πολιτισμούς να λειτουργούν στον δικό τους ιδιωτικό χώρο, και να εξαρτούν τη διάρκεια της ύπαρξής τους από τις αξίες του κυρίαρχου πολιτισμού. Όπως δείχνουν τα στοιχεία που προκύπτουν από έρευνες, αυτή η αντίληψη για την πολυπολιτισμική κοινωνία δεν αντιστοιχεί στην πραγματικότητα. Αυτός είναι ένας από τους λόγους που πολλοί συγγραφείς και εκπαιδευτές προτιμούν τον όρο «διαπολιτισμικός». Ο όρος «πολυπολιτισμικός», όταν χρησιμοποιείται σε κοινωνικό πλαίσιο, είναι ανάγκη να συμπεριλαμβάνει τόσο την «κυρίαρχη» όσο και τη «δημόδια» μορφή του λόγου. Ο τρόπος που απεικονίζουμε μια πολυπολιτισμική κοινωνία πρέπει να είναι εύκαμπτος. Δεν είναι μόνο τα όρια μεταξύ των ομάδων ασαφή, αλλά οι μειονοτικοί πολιτισμοί, οι θρησκείες και οι εθνότητες είναι πλουραλιστικές στο εσωτερικό τους, όπως επίσης, τα σύμβολα και οι αξίες των ποικίλων ομάδων που απαρτίζουν τους πολιτισμούς αυτούς, είναι ανοιχτά σε διαπραγμάτευση, αμφισβήτηση και αλλαγή. Ακόμη περισσότερο, άνθρωποι από κάθε υπόβαθρο μπορεί να προσδιορίζουν την ταυτότητά τους με αξίες που σχετίζονται με έναν αριθμό πηγών και μπορεί να δημιουργούν νέο πολιτισμό, ανασύροντας, επιλεκτικά, στοιχεία από ποικίλες πηγές. Ένας νέος, μια νέα, θα μπορούσε να είναι ένας «επιδέξιος πολιτισμικός πλοηγός» (Ballard, 1994) ή να παρουσιάσει «πολλαπλές πολιτισμικές δεξιότητες» (Jackson & Nesbitt, 1993). Ταυτόχρονα, στο επίπεδο των ομάδων, θα υπάρχουν εκείνοι που διεκδικούν μια πιο περιορισμένη θρησκευτική ή πολιτισμική ταυτότητα. Επομένως, η πολυπολιτισμική κοινωνία δεν είναι συνονθύλευμα από διάφορες αμετάβλητες πολιτισμικές ταυτότητες, αλλά «ένας ελαστικός ιστός από μονταρισμένους και πάντοτε περιστασιακούς προσδιορισμούς ταυτότητας» (Baumann, 1999). Για τη συντήρηση και την ανάπτυξη τέτοιων κοινωνιών, είναι απαραίτητο να προβλεφθεί μια εκπαιδευτική στρατηγική που να βοηθά στη συνειδητοποίηση αυτών των αντιπαραθέσεων και να ενισχύει τον διάλογο και την επικοινωνία. Η εκπαιδευτική στρατηγική είναι απαραίτητο να προσδιορίσει κοινά αποδεκτές ιδέες και αξίες, πρέπει ωστόσο να αναγνωρίσει ότι υπάρχει ανομοιότητα και να καταπαστεί με τις διαφορές. Οι αλληλεπιδράσεις αυτές, προωθούν την διαπολιτισμική αντίληψη.

Γεγονός αποτελεί πάντως, ότι το κλίμα που υπάρχει σχετικά με την παροχή πολιτισμικής φροντίδας σε ένα ευρύτερο πολυπολιτισμικό πλαίσιο, είναι αποτέλεσμα μακροχρόνιων εξελίξεων και προσπαθειών, που έχουν γίνει από κάποιους ανθρώπους, οι οποίοι ασχολήθηκαν με το πεδίο της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής. Το γεγονός όμως ότι τα

κοινωνικά και πολιτικά δεδομένα αλλάζουν πλέον με γοργούς ρυθμούς, κάνει ακόμη πιο επιτακτική τη ανάγκη ευαισθητοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι σε ασθενείς που προέρχονται από διαφορετικές πολιτισμικές και εθνολογικές ομάδες. Προσπαθώντας να προσεγγίσουν κλειστές ή και μειονοτικές πληθυσμιακές ομάδες, οι νοσηλευτές θα πρέπει να βρουν κοινό έδαφος με αυτούς τους ανθρώπους, έτσι ώστε να μπορούν να συνεργαστούν μαζί τους. Δεν χρειάζεται να πιστέψουν ή να συμφωνήσουν μαζί τους, αρκεί να μπορέσουν να τους καταλάβουν και να τους υποστηρίξουν, χωρίς να γίνονται απορριπτικοί, επικριτικοί, ή αλλαζόνες, έχοντας πάντα ως πλαίσιο αναφοράς τους τα ανθρώπινα δικαιώματα.

Όπως σημειώθηκε παραπάνω, πολλοί εκπαιδευτές προτιμούν τον όρο διαπολιτισμική, από τον όρο πολυπολιτισμική εκπαίδευση, ώστε να δώσουν έμφαση σε μια πιο κριτική και διαδραστική όψη του πολιτισμού, απ' όσο προέβλεπε η πρόιμη πολυπολιτισμική εκπαίδευση. Μια τέτοια οπτική, για παράδειγμα, υιοθετήθηκε από το Ευρωπαϊκό περιοδικό "*Διαπολιτισμική Εκπαίδευση*". Η διαπολιτισμική εκπαίδευση παραπέμπει στην πολιτισμική ετερό-τητα, είτε πρόκειται για ετερότητα διακρατική είτε για πολιτισμική πολλα-πλότητα εντός των τειχών, εντός δηλαδή του υποτιθέμενα πολιτισμικά ομοιογενούς έθνους-κράτους.

Ο Essinger (1990) ορίζει τη διαπολιτισμική εκπαίδευση ως μία προσπάθεια ενάντια στη νομιμοποίηση των όποιων αφομοιωτικών τάσεων του κράτους απέναντι στη μειονότητα, τη διατήρηση και την προαγωγή των κοινωνικών και πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων της και το μέσο για ισό-τιμη συμμετοχή στην κοινωνική και πολιτική ζωή της χώρας στην οποία ανήκει (στο Παπάνης, 2009).

Όπως το τοποθετεί η Micheline Rey, «Ανεξάρτητα από τον χώρο που χρησιμοποιείται, ο όρος «διαπολιτισμικός», ακριβώς επειδή περιέχει τον σύνδεσμο «δια», υποδηλώνει απαραίτητα: διάδραση, ανταλλαγή, κατάργηση των φυλετικών διακρίσεων, αμοιβαιότητα, αλληλεξάρτηση και αλληλεγγύη. Καθώς περιέχει και τον όρο «πολιτισμός», υποδηλώνει με τον πληρέστερο τρόπο: αναγνώριση των αξιών, των τρόπων ζωής και των συμβολικών παραδοχών, στις οποίες οι άνθρωποι, ως άτομα και ως ομάδες, αναφέρονται στις συνδιαλλαγές τους με τους άλλους, στον τρόπο που βλέπουν τον κόσμο, καθώς και στην αποδοχή ότι οι συνδιαλλαγές διαδραματίζονται παράλληλα τόσο ανάμεσα στις πολλαπλές

καταγραφές του ενός και ίδιου πολιτισμού, όσο και ανάμεσα στους διαφόρους πολιτισμούς στο χώρο και το χρόνο. (Rey, 1991).

Στόχοι της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης.

Πρωταρχικός στόχος της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης είναι η ανάκτηση των ικανοτήτων που συμβάλλουν στην εποικοδόμηση της συμβίωσης μέσα σε ένα πολυπολιτιστικό κοινωνικό ιστό. Φέρνει μαζί της όχι μόνο την αποδοχή και τον σεβασμό του διαφορετικού, αλλά επίσης και την αναγνώριση της πολιτισμικής ταυτότητας μέσα από μια καθημερινή προσπάθεια διαλόγου, κατανόησης και συνεργασίας. Η διαπολιτισμική εκπαίδευση επίσης έχει σαν στόχο την εξάλειψη των διακρίσεων και του αποκλεισμού, προσπαθεί να προάγει την ένταξη των αλλοδαπών στο σύστημα και να τους βοηθήσει να έχουν τις ίδιες δυνατότητες και αποτελέσματα με όλους. Καλλιεργεί ένα κλίμα γενικής παιδείας, σεβασμού για τους άλλους, αλληλεγγύης, και αξιοποιεί τους διάφορους πολιτισμούς εξοικειώνοντας τα άτομα με όλα τα πνευματικά καλλιτεχνικά, πολιτικά και ηθικά επιτεύγματα του ανθρώπινου πνεύματος, επιδιώκει να εμποδίσει τον σχηματισμό στερεοτύπων και προκαταλήψεων, απέναντι σε πρόσωπα και πολιτισμούς και να υπερβεί κάθε μορφή εθνοκεντρικής αντιμετώπισης, πραγματοποιώντας μια εκπαιδευτική διαδικασία που δίνει ουσία στα ανθρώπινα δικαιώματα, προωθώντας την κατανόηση και συνεργασία μεταξύ των λαών με μια κοινή αντίληψη για την πρόοδο και την ειρήνη. Με την έννοια αυτή η διαπολιτισμικότητα συνενώνει στην ίδια ατομική ή συλλογική συνείδηση μέρος ή το σύνολο των δομικών στοιχείων που συγκροτούν δύο διαφορετικούς πολιτισμούς. Η διαπολιτισμική εκπαίδευση, η οποία διαπνέεται από την έννοια της διαπολιτισμικότητας και η οποία κυριάρχησε τα τελευταία χρόνια και κυριαρχεί και σήμερα ως παιδαγωγική κατεύθυνση για την εκπαίδευση μαθητικών ομάδων, που ανήκουν σε διαφορετική από την κυρίαρχη εθνοτική, γλωσσική, θρησκευτική κτλ. ομάδα, δηλώνει το σύνολο των θεωρητικών αντιλήψεων και πρακτικών, που έχει ως στόχο να εκπαιδεύσει τα άτομα, που για διάφορους λόγους (μετανάστευση, προσφυγιά κτλ.) βρέθηκαν να ζουν σε ένα διαφορετικό πολιτισμό από αυτόν που ανήκουν τα άτομα του άμεσου περιβάλλοντός τους, αλλά και τα άτομα που ζουν στο περιβάλλον του κυρίαρχου πολιτισμού να μάθουν να ζουν μαζί, εκτιμώντας οι μεν τον πολιτισμό των δε ως ισότιμο. Με άλλα λόγια, η διαπολιτισμική εκπαίδευση επιχειρεί να επιφέρει έναν κλωνισμό της ταυτότητας και των δύο πολιτισμικών ομάδων, ώστε να δημιουργηθεί μια νέα πολιτισμική ταυτότητα, η οποία θα περιλαμβάνει δομικά στοιχεία από τις εθνοτικές, γλωσσικές κτλ.

ταυτότητες και των δύο ομάδων. Η θεωρητική σύλληψη της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης σε συνδυασμό με την ανάπτυξη, τις τελευταίες δεκαετίες, της Κοινωνιογλωσσολογίας, δημιούργησε τις κοινωνικές και παιδαγωγικές προϋποθέσεις για να αναπτυχθεί και η έννοια της διαπολιτισμικότητας στη διδασκαλία της γλώσσας, είτε ως ξένης, είτε ως δεύτερης, μάθημα το οποίο άλλωστε είναι δυνατό να αποτελέσει το μέσο συγκερασμού των δομικών πολιτισμικών στοιχείων δύο διαφορετικών πολιτισμών.

2.5.1. Η γέννηση της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής.

Το θεωρητικό πεδίο της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής δημιουργήθηκε μέσα από την ανάγκη της βαθύτερης κατανόησης της πολυπλοκότητας της ανθρώπινης ύπαρξης (Glittenberg, 2004). Όπως είναι γνωστό, η εκπαίδευση των νοσηλευτών κατά τα αρχικά στάδια ανάπτυξης της επιστήμης, βασιζόταν στην εμπειρική μάθηση, μέσω της πρακτικής εξάσκησης. Μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, οι γυναίκες έχοντας αποκτήσει ενεργό ρόλο κατά τη διάρκειά του, άρχισαν να διεκδικούν το δικαίωμα της συμμετοχής τους στο κοινωνικό και οικονομικό γίγνεσθαι. Ταυτόχρονα, οι προοπτικές εξέλιξης για την επιστήμη της Νοσηλευτικής άρχισαν να διευρύνονται και σε αυτό συντέλεσαν εν μέρει, και τα αποτελέσματα μίας έρευνας που διεξήγαγε μία κοινωνική ανθρωπολόγος, η Esther Lucille Brown. Η συγκεκριμένη μελέτη έδωσε το έναυσμα για την εισαγωγή της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στα πανεπιστημιακά ιδρύματα (Glittenberg, 2004). Στα τέλη της δεκαετίας του 1960, τα ειδικά προδιδακτορικά προγράμματα καθώς και τα πανεπιστήμια άρχισαν να προωθούν τους νοσηλευτές στα παρακάτω ερευνητικά πεδία: Φυσιολογία, Ανθρωπολογία, Κοινωνιολογία και Ψυχολογία (Schott & Kennedy, 1999).

Ένα από αυτά τα πεδία, η Ανθρωπολογία, προσέλκυσε ισχυρές φυσιογνωμίες, ανάμεσα στις οποίες ήταν και η Madeleine Leininger, η οποία ολοκλήρωσε το διδακτορικό της στην Πολιτισμική Ανθρωπολογία στο Πανεπιστήμιο της Ουάσιγκτον, το 1965 (Leininger, 2001).

Στα 1950 η Leininger επισήμανε πολιτισμικές διαφορές ανάμεσα σε νοσηλευτές και σε παιδιά με συναισθηματικές διαταραχές, που νοσηλεύονταν σε ένα ειδικό κέντρο (Reynolds & Leininger, 1993; Leininger, 1995). Η ίδια βίωσε πολιτισμικό σοκ, όταν συνειδητοποίησε ότι τα πρότυπα συμπεριφοράς, που παρουσίαζαν τα παιδιά, φαίνονταν να έχουν πολιτισμική αιτιολογική βάση. Διαπίστωσε ότι η έλλειψη γνώσεων για το πολιτισμικό περιβάλλον προέλευσης των ασθενών, αποτελούσε αιτιολογικό παράγοντα της αδυναμίας

των νοσηλευτών, να κατανοήσουν τις ιδιαιτερότητες των ασθενών. Οι ιδιαιτερότητες αυτές καθόριζαν τον τρόπο, με τον οποίο έπρεπε να παρέχεται η φροντίδα, ώστε να προάγεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα (Leininger & McFarland, 2002). Αυτή η κλινική εμπειρία την οδήγησε το 1954 να μελετήσει τις πολιτισμικές διαφορές σε σχέση με την φροντίδα (Reynolds & Leininger, 1993; Leininger, 1995).

Ανατρέχοντας στα πρώτα εξελικτικά στάδια της εκπαίδευσης για θέματα Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής στις Η.Π.Α, στον Καναδά και στην Ευρώπη, παρατηρούμε ότι υπήρχαν μεγάλες διαφοροποιήσεις, σχετικά με τα πανεπιστήμια και το διδακτικό προσωπικό, με τους φοιτητές, αλλά και τα προγράμματα σπουδών. Οι διαπολιτισμικές νοσηλεύτριες στην προσπάθειά τους, να καθιερώσουν μαθήματα και να εισαγάγουν νέο περιεχόμενο στα προγράμματα σπουδών των νοσηλευτικών σχολών, συναντούσαν συνεχώς αντιρρήσεις από πολλούς συναδέλφους τους.

Πολλοί καθηγητές είχαν φόβους σχετικά με τη διδασκαλία και την γενικότερη ενασχόληση με τις κουλτούρες, καθώς αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε διαξιφισμούς, σχετικούς με φυλετικές διακρίσεις. Κυρίως όμως, το εκπαιδευτικό προσωπικό των πανεπιστημίων δεν είχε το ανάλογο θεωρητικό υπόβαθρο στη Διαπολιτισμική Νοσηλευτική, στην Ανθρωπολογία, ή σχετικά με την παροχή φροντίδας σε διαφορετικές κουλτούρες.

Μόνο μερικές νοσηλευτικές σχολές παγκοσμίως είχαν καθιερώσει προπτυχιακά και μεταπτυχιακά νοσηλευτικά μαθήματα προς το τέλος της δεκαετίας του 1980. Ο όρος «πολιτισμική ποικιλομορφία» αρχικά χρησιμοποιούνταν ως «λαϊκή κουλτούρα» από τα πανεπιστήμια, όμως σπάνια συνδεόταν με τις έννοιες της φροντίδας και της υγείας. Στις αρχές της δεκαετίας του 1990, μερικές σχολές ονόμασαν τα μαθήματά τους «Πολιτισμική Ποικιλομορφία», «Πολιτισμός και Υγεία», ή «Πολιτισμός και Νοσηλευτική». Λίγες προοδευτικές νοσηλευτικές σχολές είχαν μαθήματα Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής και προήγαγαν τη φιλοσοφία, τις θεωρητικές έννοιες, τους σκοπούς και τις πρακτικές της.

Με την καθιέρωση της πρώτης πιστοποίησης το 1989, μέσω προφορικών και γραπτών εξετάσεων, ο «Transcultural Nursing Society» ήταν ο πρώτος διεθνής οργανισμός, ο οποίος πιστοποιούσε τις πρακτικές πολιτισμικής φροντίδας των νοσηλευτών. Από τότε πολλές σχολές ακολούθησαν αυτήν την τάση. Ωστόσο, ακόμη και σήμερα, τα προγράμματα σπουδών επικεντρώνονται στις επιστήμες της Ιατρικής, της Πληροφορικής

και της Ψυχολογίας, οι οποίες αν και είναι πολύ σημαντικές πρέπει να συνδεθούν με την πολιτισμική φροντίδα (Leininger & McFarland, 2002).

2.6. Θεωρίες της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής.

Το 1950 η Leininger διέβλεψε την Διαπολιτισμική και Νοσηλευτική επιστήμη ως κλάδο διδασκαλίας και εφαρμογής στη νοσηλευτική. Αργότερα, επινόησε τον όρο «Διαπολιτισμική Νοσηλευτική (Δ.Ν.)-Transcultural Nursing». Η Leininger υποστήριξε ότι, αν ενσωματωθούν, η ανθρωπολογία και η νοσηλευτική, κάθε κλάδος θα ωφεληθεί και θα προσφέρει ο ένας στον άλλον. Υποστήριξε ότι εάν αυτοί οι δύο κλάδοι μοιράζονταν, αν έκαναν κοινή τη γνώση και την εμπειρία τους, αναμφίβολα θα γνώριζαν καινούργια μονοπάτια στον τρόπο της σκέψης ή θεωρίας και της έρευνας (Ιορδάνου, 2008). Η Δ.Ν. είναι το κράμα της ανθρωπολογίας και της νοσηλευτικής στην θεωρία και την εφαρμογή. Αφού αναγνωρίζουμε ότι η νοσηλευτική είναι τέχνη και επιστήμη, η Δ.Ν. μας δίνει τη δυνατότητα να δούμε την επιστήμη, ιατρική και νοσηλευτική από μία πολιτισμική προσέγγιση.

Η Δ.Ν. εστιάζεται στη συγκριτική μελέτη και ανάλυση διαφορετικής κουλτούρας/ πολιτισμού και υποκουλτούρας /υποπολιτισμού. Οι ομάδες εξετάζονται με σεβασμό για τη συμπεριφορά τους απέναντι στη φροντίδα, στη φροντίδα υγείας, στην αξία που δίνουν στην υγεία και την ασθένεια, και τις πεποιθήσεις τους. Ο στόχος της θεωρίας της Δ.Ν. είναι να αναπτύξει ένα σύνολο επιστημονικών και ανθρωπιστικών γνώσεων, με σκοπό να προσφέρει ειδική πολιτισμική αλλά και παγκόσμια γενική φροντίδα υγείας. Τέλος, διαχωρίζει δύο κλάδους παροχής φροντίδας υγείας Την ειδική θεωρία παροχής φροντίδας υγείας που αναφέρεται σε συγκεκριμένες αξίες, πεποιθήσεις και συμπεριφορές που τείνουν να είναι ειδικές ή μοναδικές σε μία ομάδα ανθρώπων και οι οποίες δεν είναι δυνατόν να γίνουν κοινές με άλλα μέλη ή άλλες κουλτούρες/ πολιτισμούς. Και αντιθέτως, την παγκόσμια γενική θεωρία της παροχής φροντίδας υγείας που αναφέρεται σε κοινές αξίες, έθιμα, συμπεριφορές, και σε μέρος του τρόπου της ζωής, που υπάρχουν ομοιότητες και είναι κοινές σε πολλούς πολιτισμούς.

Η παροχή διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας χρειάζεται πολλή περίσκεψη για εκτίμηση, για αναλυτικές δεξιότητες και για την ικανότητα να προγραμματίζει, να σχεδιάζει, να εφαρμόζει και να αξιολογεί την προσφορά φροντίδας υγείας εξατομικευμένα. Επίσης, χρειάζεται περίσκεψη όταν πρόκειται για οικογένειες, ή για ομάδες, ή για κοινότητες που

εκπροσωπούνται από ποικιλία κουλτούρας / πολιτισμού. Επιπροσθέτως, είναι αναγκασμένος ο επιστήμονας υγείας να εφαρμόζει γνώσεις σχετικές με την κουλτούρα του οργανισμού ή του ιδρύματος ή του χώρου που εργάζεται, γεγονός που χρειάζεται θετική γνώση και τεκμηρίωση.

ΜΟΝΤΕΛΑ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

1. Θεωρητικό Μοντέλο της M. Leininger.

Για την ανάπτυξη, την εκτίμηση και την οργάνωση του συνόλου της θεωρίας της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής σε ένα αδιάσπαστο σύνολο γνώσης, χρειάζεται να υπάρχει ένα ειδικό θεωρητικό πλαίσιο, στο οποίο θα στηρίζονται θέματα και συμπεράσματα. Η Leininger ανέπτυξε τη θεωρία του ανατέλλοντος ηλίου (Sunrise Model), η οποία είναι βασισμένη στην πολιτισμική προσέγγιση και παρουσιάζει τρία νοσηλευτικά τυπικά που γίνονται οδηγοί για την ιατρονοσηλευτική κρίση και δραστηριότητα, ως ακολούθως για τη διατήρηση, τη διαπραγμάτευση, την αναδόμηση και επαναγραφή της πολιτισμικής φροντίδας.

Η θεωρία της είναι ένα διαγραμματικό μοντέλο και περιέχει τα παρακάτω επτά στοιχεία, τα οποία αναφέρονται στα ελληνικά και στα αγγλικά. Παρουσιάζονται όπως ακριβώς τα αναφέρει η Leininger και με τη σειρά που τα αναφέρει.

Στοιχεία της θεωρίας-μοντέλου Leininger

1. Τεχνολογικοί παράγοντες .
2. Θρησκευτικοί και φιλοσοφικοί παράγοντες.
3. Οικογενειακοί-συγγενικοί και κοινωνικοί παράγοντες.
4. Πολιτισμικές αξίες και τρόποι ζωής.
5. Πολιτικοί και νομικοί παράγοντες.
6. Οικονομικοί παράγοντες.
7. Παράγοντες μόρφωσης.

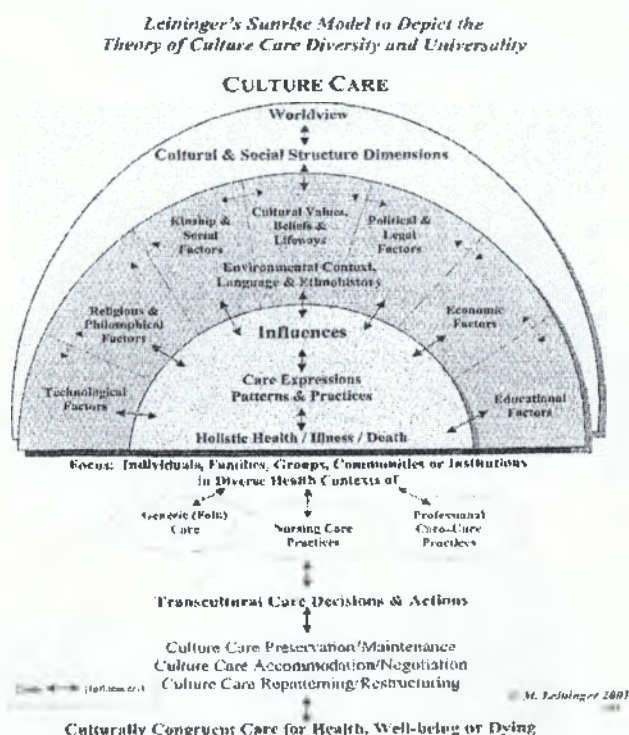
Αυτοί οι παράγοντες καταγράφονται ως σελτ μέσα σε μία αφίδα εκπροσωπώντας τις πολιτισμικές (της κουλτούρας) και κοινωνικές διαστάσεις καθώς και την άποψη του

κόσμου, δηλαδή την άποψη της ανθρωπότητας ενός συγκεκριμένου πολιτισμού / κουλτούρας. Αυτοί οι παράγοντες διασπώνται σε ένα ημικόκλιο ή ανατέλλοντα ήλιο και φαίνεται πως επηρεάζουν πρότυπα φροντίδας και εκφράσεων μέσω της γλώσσας και του περιβάλλοντος (Ιορδάνου, 2008). Για τούτο είναι σημαντικά στην απόφαση για φροντίδα υγείας και στην εφαρμογή της φροντίδας.

Ο Rosenbaum (Ιορδάνου, 2008) τονίζει πόσο χρήσιμο είναι αυτό το μοντέλο για τον επιστήμονα υγείας σε περίπτωση που παρέχει φροντίδα υγείας σε έναν καταπιεσμένο ασθενή από ξένη χώρα. Οι πολιτικοί και νομικοί παράγοντες αυξάνουν την καταπίεση και ιδιαίτερα όταν ο ασθενής είναι πρόσφυγας ή πολιτικός φυγάς. Αν και είναι δυνατόν πολλοί λαοί-πολιτισμοί να μην έχουν ακριβώς την ορολογία του «καταπιεσμένου ατόμου», εντούτοις τα αισθήματα καταπίεσης φαίνεται να έχουν αποκτήσει βαθμό παγκοσμιότητας. Έτσι κάθε γλώσσα δίνει την ευγλωττία στα μέλη της, όταν πρόκειται να ζητήσουν (φωνάζουν) βοήθεια, και κάθε πολιτισμός παρουσιάζει ένα σύνολο ιδιοματισμών για τη συγκεκριμένη κατάσταση με σκοπό να αποσπάσει την απαραίτητη βοήθεια από τον κοινωνικό περίγυρο.

Γενικά, η ιδέα και για τα δύο, πολυμορφία και παγκοσμιότητα που υπάρχει μεταξύ των πολιτισμών /κουλτούρας ανά τον κόσμο, έχει την βάση της στη θεωρία- μοντέλο της Leininger και στο δικό της θεωρητικό πλαίσιο (σχήμα 1).

Σχήμα 1. Το διαγραμματικό μοντέλο της M. Leininger, όπως ακριβώς το σχεδίασε και το εκφράστηκε η ίδια⁴



2. Θεωρητικό Μοντέλο της M. M. Andrews.

Σε οποιονδήποτε τομέα κι αν εργάζεται ο επιστήμονας υγείας, στο νοσοκομείο, σε σταθμό πρώτων βοηθειών, στην κατ' οίκον νοσηλεία, στο κέντρο υγείας ή γενικότερα στην κοινότητα, έχει να αντιμετωπίσει ένα κύμα από διαπλεκόμενους παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν τις σχέσεις του με τους ασθενείς ή με υγιείς πελάτες του. Κάθε άτομο είναι μία οντότητα στον πολιτισμό / στην κουλτούρα, κανείς δεν γεννήθηκε σ' ένα κενό, όλοι βρεθήκαμε σε κάποιες πολιτισμικές συνθήκες. Όλοι, και οι επιστήμονες υγείας και οι ασθενείς πελάτες, είναι επηρεασμένοι από συγκεκριμένο πολιτισμό / κουλτούρα που έχει την ταυτότητά του, την ιστορία του τόπου του, τις πολιτισμικές του αξίες, την οικογένεια, τους συγγενείς και άλλους κοινωνικούς παράγοντες. Επίσης, το θρήσκευμα και οι

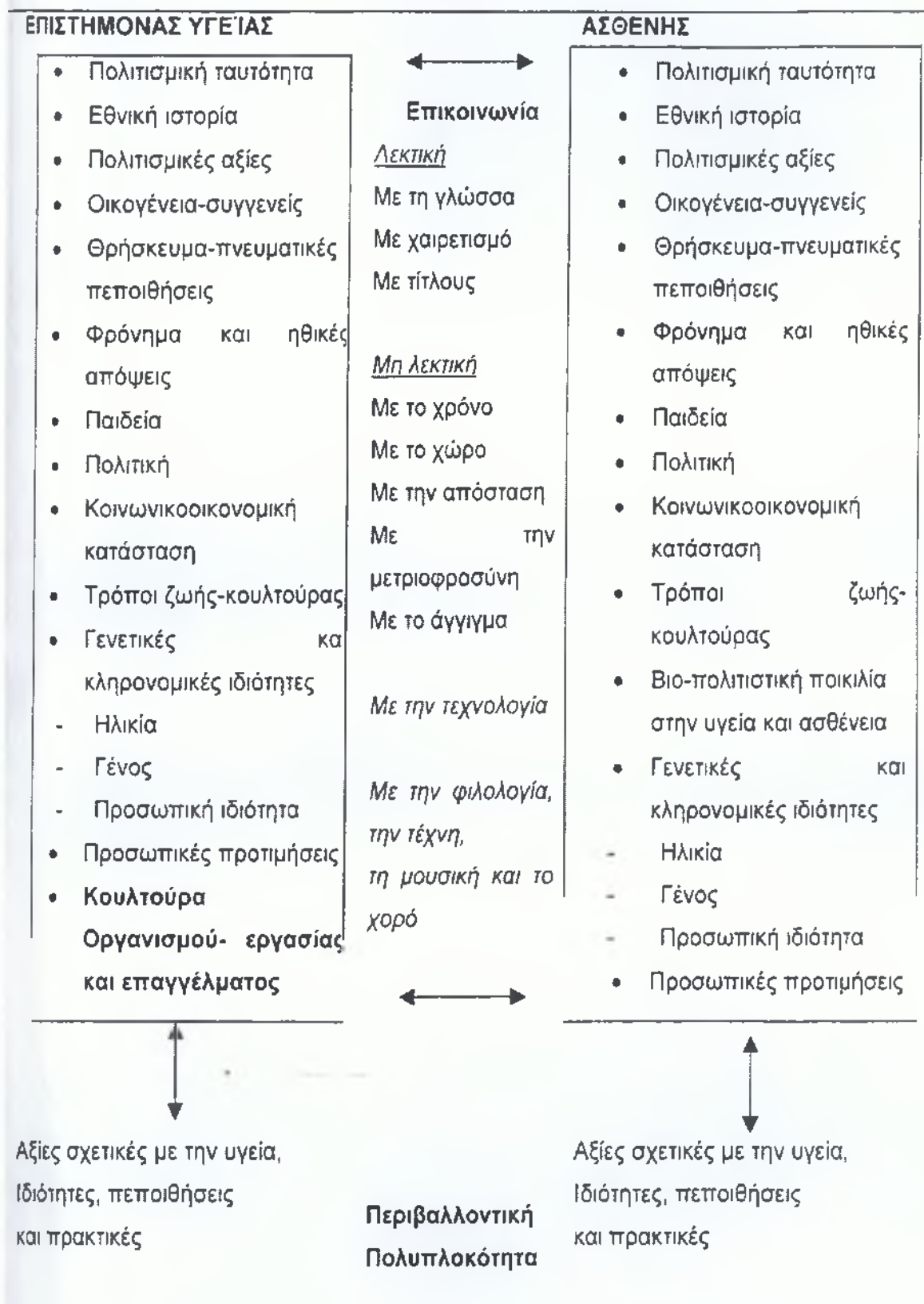
πνευματικές πεποιθήσεις, οι φιλοσοφικές απόψεις, το φρόνημα και η ηθική στάση επηρεάζουν την επίδραση μεταξύ νοσηλευτή και πελάτη / ασθενή.

Η μάθηση, η άτυπη γνώση που παίρνουμε από το περιβάλλον και η προηγμένη μόρφωση, που επιτυγχάνουμε με την παιδεία και εκπαίδευση σ' όλους τους τύπους του σχολείου, είναι παράγοντες προς αλληλεπίδραση. Η τοπική, κρατική- δημοτική και νομαρχιακή-, εθνική και διεθνής πολιτική πρέπει επίσης να θεωρηθούν προηγούμενες εμπειρίες του κάθε ατόμου με πολιτικούς οργανισμούς. Η Andrews υποστηρίζει επίσης, ότι οι άνθρωποι που μετανάστευσαν στην Αμερική ή στον Καναδά, για να αποφύγουν τη βία του τόπου τους, ή άλλες ομάδες μεταναστών που ήταν θύματα πολιτικών αναστατώσεων και πολιτικής βίας είναι δυνατόν αυτή την εμπειρία τους να την μεταφέρουν στη σχέση τους με τον επιστήμονα υγείας. Συνεχίζει, ότι αυτοί οι ασθενείς / πελάτες που δεν έχουν άδεια παραμονής ή άδεια εργασίας μπορεί να έχουν το φόβο ότι ο νοσηλευτής θα ενημερώσει τις ανάλογες υπηρεσίες. Ιδιαίτερα οι ομάδες αυτών των ατόμων μπορεί να συνδέσουν το δικό τους παρελθόν ή τη δική τους παρούσα κατάσταση με κρατικές ή στρατιωτικές υπηρεσίες υγείας και να θεωρήσουν τον επιστήμονα υγείας ως εκπρόσωπο κρατικής εξουσίας.

Αντίστοιχα, είναι δυνατόν το ίδιο φαινόμενο να συμβεί και στον ελλαδικό χώρο, αφού διάφορες ομάδες μειονοτήτων φθάνουν στην Ελλάδα μετά από δύσκολες περιστάσεις πόλεμου, φτώχειας και πολιτικής ή κοινωνικής βίας αναζητώντας «φως στο τούνελ».

Στο σχήμα 2 παρουσιάζεται η αλληλεπίδραση μεταξύ του επιστήμονα υγείας και του ασθενή / πελάτη με την επικοινωνία μέσα στην πολυπλοκότητα του περιβάλλοντος. Κάθε ένας από τους δύο φέρει τα δικά του στοιχεία τα οποία είναι περίπου κοινά κατά την ονομασία, διαφέρουν όμως ως προς το περιεχόμενο, π.χ. διαφορετική είναι ή κουλτούρα του επιστήμονα υγείας από αυτήν του ασθενή πελάτη κ.τ.λ. Επιπλέον, ο επιστήμονας υγείας έχει τα στοιχεία του οργανισμού-ιδρύματος που εργάζεται, είτε αυτό είναι νοσοκομείο, είτε κέντρο υγείας ή ό,τι άλλο, και βρίσκεται υπό αυτού, δηλαδή ο επιστήμονας υγείας δεν μπορεί να κάνει απόλυτα ό,τι ο ίδιος αποφασίσει, αλλά η απόφασή του πρέπει να συμφωνεί με την πολιτική του οργανισμού που εργάζεται. Ο ασθενής / πελάτης έχει διαφορετική εικόνα για το ίδρυμα που έρχεται για θεραπεία και ξέρει μόνο ό,τι βλέπει εκείνη τη στιγμή.

Σχήμα 2. Το θεωρητικό μοντέλο της M.M. Andrews⁴ που παρουσιάζει την αλληλεπίδραση ασθενή/ πελάτη και νοσηλεύτη

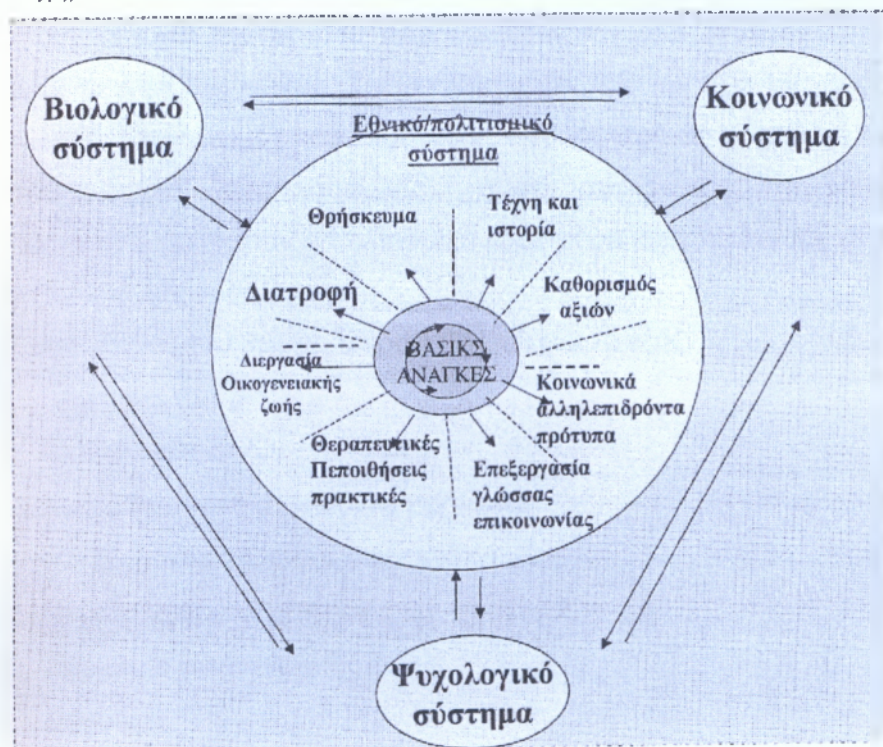


↔ = αλληλεπίδραση

3. Θεωρητικό Μοντέλο της Orque.

Η Orque αναφέρεται σε ένα άλλο θεωρητικό πλαίσιο το οποίο χρησιμοποιεί ως οδηγό για την διαπολιτισμική νοσηλευτική φροντίδα, η οποία εμπεριέχει σύνολο συστημάτων, διαπολιτισμικές συνθέσεις και πολιτισμικά στοιχεία (σχήμα 3).

Σχήμα 3. Θεωρητικό πολιτισμικό πλαίσιο συστημάτων της Orque¹⁰



Ο Walter ορίζει τον πολιτισμό – κουλτούρα ως εξής : «Τους διδαγμένους τρόπους πράξης και σκέψης οι οποίοι μεταφέρονται από ομάδα σε ομάδα και παρέχουν σε κάθε άτομο έτοιμη κατασκευή, και δοκιμασμένες λύσεις για ζωτικά προβλήματα». Η Orque (Πορδάνου, 2008) αναφέρει ότι η κουλτούρα / πολιτισμός είναι ιδιαίτερη έκφραση ειδικής μορφής του γενικού προβλήματος σχέσης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος. Έτσι στο μοντέλο της Orque τα βέλη αρχίζουν από το κέντρο του σχήματος της ρόδας όπου συμβολίζουν τις βασικές ανάγκες του ατόμου σύμφωνα με την κλίμακα του Maslow όπως διατροφή κλπ. και σημαίνει ότι η εκπλήρωση αυτών των αναγκών οδηγεί στα επόμενα στοιχεία του πολιτισμού. Όπως αναφέρει ο Maslow οι βασικές ανάγκες του ατόμου είναι παγκόσμιες, επομένως το σύστημα της κουλτούρας / πολιτισμού έχει εφαρμογή στον

ασθενή και στον επιστήμονα υγείας. Ένα διεθνές στοιχείο της εικόνας των βασικών αναγκών του ανθρώπου παριστάνεται με το μικρό κύκλο με τα βέλη, που συμβολίζει την συνεχή προσαρμογή των ανθρώπων στο περιβάλλον. Αν και η παρουσία όλων αυτών των στοιχείων είναι παγκόσμια σε κάθε σύστημα εθνοκοινοπολιτισμικής, εντούτοις αποχρώσεις των στοιχείων αυτού του συστήματος συγκεκριμένων ομάδων ή ατόμων καταλήγουν σε ποικιλομορφία. Αυτή τη μορφή των αποχρώσεων την διαχώρισαν πολύ νωρίς, το 1949, οι Bennett και Tumlin (Ιορδάνου, 2008) οι οποίοι αναφέρουν ότι « Τα ιδιαίτερα πρότυπα του πολιτισμού διαφέρουν πάνω από όλα» και «Πολιτισμός τα ειδικά πρότυπα συμπεριφοράς τα οποία διαχωρίζουν κάθε κοινωνία από όλες τις άλλες». Επομένως, σύμφωνα με τους Bennett και Tumlin οι ιδιαιτερότητες είναι εκείνες που παρουσιάζουν τον κάθε πολιτισμό με την δική του οντότητα, το δικό του χρώμα. Συσχετίζοντας λοιπόν, την αξία της ιδιαιτερότητας που παρουσιάζει ο πολιτισμός κάθε ασθενούς, είναι φανερό ότι η παροχή διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας είναι ασφαλής, -χωρίς συγκρούσεις- αποτελεσματική και συμπληρώνεται μόνο όταν η πολιτισμική κουλτούρα κάθε ασθενούς είναι σεβαστή και αποδεκτή από τον νοσηλευτή.

Τα στοιχεία αυτού του θεωρητικού πλαισίου είναι τα εξής:

1. Τέχνη και ιστορία.
2. Καθορισμός αξιών.
3. Κοινωνικά αλληλεπιδρώντα πρότυπα.
4. Επεξεργασία γλώσσας και επικοινωνίας.
5. Θεραπευτικές πεποιθήσεις και πρακτικές.
6. Διεργασία οικογενειακής ζωής.
7. Διατροφή.
8. Θρήσκευμα.

Τα παραπάνω στοιχεία είναι τοποθετημένα στη «ρόδα», ως διατομές. Ο μοχλός της ρόδας όπως έχει αναφερθεί, απεικονίζει τις βασικές ανάγκες του ανθρώπου, των οποίων οι λύσεις οδηγούν στα επόμενα στοιχεία που παρουσιάζονται στη ρόδα. Ευρύτερα, η ρόδα θεωρείται ως ένα σύνολο μέσα στο τρίγωνο των συστημάτων, της οποίας τα κομμάτια είναι τοποθετημένα σε τρία αλληλοσυνδεδεμένα συστήματα: Βιολογικό, Κοινωνικό και Ψυχολογικό.

2.6.1. Λόγοι για την εφαρμογή της Διαπολιτισμικής Ιατρονοσηλευτικής.

1. Η μετακίνηση πληθυσμιακών ομάδων.

Η μετακίνηση πληθυσμιακών ομάδων από τη χώρα τους σε διαφορετική χώρα είναι μεγαλύτερη σήμερα παρά ποτέ. Οι διάφοροι πόλεμοι και ανακατατάξεις των λαών έχουν ως αποτέλεσμα τη μετακίνηση ομάδων, άλλοτε ως πρόσφυγες, άλλοτε ως πολιτικοί ή οικονομικοί μετανάστες και άλλοτε καλύπτοντας διαφόρους και ποικίλους λόγους.

Επιπλέον, τα σημερινά μέσα μεταφοράς με τις προηγμένες υψηλής τεχνολογίας κατασκευές τους, όπου παρέχουν ταχεία μετακίνηση ελαχιστοποιώντας αποστάσεις και χρόνο μετακίνησης, διευκολύνουν την μετακίνηση.

Τα διεθνή μέσα ενημέρωσης, όπως τηλεόραση, ραδιόφωνο, internet, e-mail παίζουν σημαντικό ρόλο δίνοντας το στίγμα καλύτερου τρόπου ζωής σε κάποιες χώρες με αποτέλεσμα οι προηγμένες χώρες να γίνονται ελκυστικές για συγκεκριμένες ομάδες άλλων χωρών.

Το γεγονός ότι και σήμερα η ανθρωπότητα χωρίζεται σε αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες (τριτοκοσμικές) χώρες με τεράστιες διαφορές στην κατοχή και απόκτηση αγαθών είναι και αυτή μία αιτία μετακίνησης πληθυσμών. Σήμερα, τουλάχιστον για τον ελλαδικό χώρο, ο αριθμός των ατόμων από τις χώρες αυτές είναι μικρός, όμως κανείς δεν γνωρίζει τι θα συμβεί τα αμέσως επόμενα χρόνια, αν διερωτηθούμε για το 2020 ή 2050. Επομένως, οι επιστήμονες υγείας θα έρχονται σε επικοινωνία με ασθενείς πελάτες από τον δικό τους χώρο και πολιτισμό, αλλά και με ασθενείς πελάτες εκτός του δικού τους χώρου και πολιτισμού που θα μιλούν διαφορετικές γλώσσες, θα συμπεριφέρονται, θα ενεργούν διαφορετικά και θα έχουν διαφορετικές ανάγκες φροντίδας υγείας.

2. Λόγοι άμεσα σχετιζόμενοι με την ιατρονοσηλευτική.

Με τη διάδοση και την ευρεία χρήση της τεχνολογίας στην υγεία, όπως της τηλε-ιατρικής, όπου ασφαλώς θα έχει θέση και η τηλε-νοσηλευτική επιστήμη, θα προκύψουν μεγάλα θέματα. Οι ιατροί και νοσηλευτές του 2020 ή 2050 θα αντιμετωπίσουν ποικιλόμορφα θέματα ηθικά, δεοντολογικά, πνευματικά, ιδεολογικά, νομικά και πολιτικά (Leininger, 1990). Γι' αυτό το λόγο, θα χρειαστεί να δημιουργηθεί κώδικας που θα περιλαμβάνει πολύ-πολιτισμικές ή διαπολιτισμικές αρχές, σχεδιασμό, αξίες και πεποιθήσεις. Η Leininger (1997) αναφέρει ότι ο κώδικας πρέπει να περιλαμβάνει διεθνή αλλά και ειδικά διαπολιτισμικά θέματα, τα οποία θα αντιστοιχούν στις πολιτισμικές αξίες και πεποιθήσεις, στο θρήσκευμα και στις πνευματικές αξίες της κουλτούρας / πολιτισμού.

Η ανταλλαγή φοιτητών, με φοιτητές άλλων ευρωπαϊκών χωρών γενικά, αλλά και ειδικά με φοιτητές της ιατρικής και νοσηλευτικής, επιβάλλει τη σχετική γνώση της κουλτούρας της άλλης χώρας, τόσο της σύγχρονης όσο και παλαιότερης, που απαιτεί κάποια ιστορική γνώση. Επιβάλλεται μία βασική προετοιμασία των φοιτητών που θα επισκεφτούν την ξένη χώρα αλλά και αυτών που θα έλθουν στη δική μας. Με αυτή τη γνώση η προσαρμογή τους σε ένα ξένο περιβάλλον θα είναι εφικτή, χωρίς πολλά προβλήματα και αδιέξοδα.

Η ανταλλαγή ακαδημαϊκών προγραμμάτων σχολών επιστημών υγείας, επιβάλλει τη γνώση του πολιτισμού, της κουλτούρας της άλλης χώρας, για να αποφύγει κανείς στοιχεία ασύμβατα με τη δική μας κουλτούρα και αντίστοιχα στοιχεία από την δική μας χώρα που δεν ταιριάζουν στην ξένη χώρα.

Η παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας είναι ένας άλλος λόγος για τη γνώση κουλτούρας / πολιτισμού των χωρών προέλευσης ασθενών πελατών. Όταν οι ασθενείς- ως άλλοι καταναλωτές- ζητούν υπηρεσίες υγείας, θα απαιτούν και ποιοτική φροντίδα που αυτό σημαίνει ολιστική φροντίδα με σεβασμό των πολιτισμικών αξιών, της οικογενειακής δομής, των πεποιθήσεων και του τρόπου ζωής τους (Leininger, 1994).

Μελλοντικά, θα δοθεί μεγάλη έμφαση στην παροχή ποιοτικής φροντίδας. Ήδη και σήμερα προς έπαινό τους, μερικά νοσηλευτικά ιδρύματα στη χώρα μας έχουν ISO στην φροντίδα υγείας. Βέβαια, η ποιότητα δεν αναφέρεται μόνο σε νοσοκομεία αλλά και σε κέντρα υγείας και οπουδήποτε παρέχεται φροντίδα υγείας, όπου οι κοινότητες θα έχουν ίσως περισσότερες απαιτήσεις. Πάντως, ο συνδυασμός παροχής φροντίδας υγείας σε σχέση με την κουλτούρα / πολιτισμό είναι εξαιρετικά πολύπλοκο θέμα.

Η αγορά εργασίας για τους επιστήμονες υγείας είναι ένας ακόμη σοβαρός λόγος για διαπολιτισμική γνώση. Σε μερικές ξένες χώρες, όπως Μεγάλη Βρετανία και Αμερική, υπάρχει μεγάλος ανταγωνισμός και μελλοντικά θα γίνει μεγαλύτερος, αναφορικά με ακαδημαϊκά προγράμματα, με υπηρεσίες υγείας, με ιδρύματα υγείας και με θεραπευτικά προϊόντα υγείας, με μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας κ.α. Η ηλεκτρονική επικοινωνία, όπως tele-συνέδρια, tele-σεμινάρια, internet, και e-mail διευκολύνουν την αγορά εργασίας των υπηρεσιών υγείας γενικά. Ο ανταγωνισμός θα επεκταθεί μεταξύ διαφόρων χωρών, επιχειρήσεων και εταιριών. Με τη διαπολιτισμική αγορά εργασίας θα δοθούν ευκαιρίες σε ιατρούς και νοσηλευτές να εργαστούν ως ειδικοί σε διεθνή χώρο. Όμως για να επιτύχουν, είναι απαραίτητο να έχουν τη βασική γνώση των διαπολιτισμικών στοιχείων υγείας.

2.7. Αναγκαιότητα της διαπολιτισμικής παροχής φροντίδας υγείας.

Σύμφωνα με τους ανθρωπολογιστές, ο άνθρωπος είναι εθνοκεντρικός και υποσυνείδητα τείνει να αναζητά να βρίσκεται με άτομα που έχουν τα δικά του έθιμα, τις δικές του συνήθειες ή γενικότερα τα δικά του μέτρα για κρίσεις και απόδοση δικαιοσύνης, δηλαδή τη δική του κουλτούρα. Συνήθως, θεωρούμε ότι ο δικός μας τρόπος ζωής είναι φυσικός και καλύτερος και έχουμε την τάση, πολλές φορές υποσυνείδητα, να θεωρούμε τον τρόπο ζωής άλλων λαών κατώτερο. Εννοούμε τον πολιτισμό με την ευρεία έννοια, όχι μόνο τις τέχνες και την επιστήμη αλλά γενικότερα τον τρόπο ζωής των λαών, δηλαδή την κουλτούρα. Οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να είναι ενήμεροι της ατομικής τους πολιτισμοκεντρικής στάσης και άποψης για να έχουν τη δυνατότητα και ικανότητα, όταν χρειαστεί στον εργασιακό τους χώρο, να αναπτύξουν μεθόδους που θα τους βοηθήσουν να αποδεχθούν το διαφορετικό πολιτισμό ή κουλτούρα ασθενών/ πελατών τους (Andrews et al., 1999). Κύριος στόχος τους είναι να μην απορρίπτουν την κουλτούρα των άλλων, διότι εμμέσως απορρίπτουν και τους ίδιους, με αποτέλεσμα η παροχή της φροντίδας να μην έχει την ποιότητα που θα είχε, αν αυτοί οι ασθενείς /πελάτες είχαν την ίδια κουλτούρα με τους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, υπάρχει κίνδυνος οι επιστήμονες υγείας να προσπαθήσουν να επιβάλουν σ'αυτούς τις δικές τους πολιτισμικές πεποιθήσεις, αξίες και πρακτικές. Έλλειψη της πολιτισμικής κατανόησης και ικανότητας των επιστημόνων των υπηρεσιών υγείας είναι δυνατό να οδηγήσει σε λάθος διάγνωση, στην αδυναμία παροχής της ανάλογης νοσηλείας όπως, παυσίπονα σε καταστάσεις πόνου των ασθενών πελατών. Επιπλέον, η κατάσταση αυτή μπορεί να οδηγήσει στην εισαγωγή τους σε λάθος νοσοκομείο ή σε ψυχιατρείο, σε κρατικές παρεμβάσεις σε περίπτωση κακοποίησης των

παιδιών τους, πράγμα που οι ίδιοι κατανοούν πολύ δύσκολα, επειδή έχουν πολύ λίγη φροντίδα για την ανατροφή των παιδιών τους στην δική τους κουλτούρα (Andrews, 1992).

Η Διαπολιτισμική παροχή φροντίδας υγείας χρειάζεται σήμερα, περισσότερο από άλλες εποχές, λόγω της ποικιλομορφίας σε πληθυσμούς που χαρακτηρίζει το διεθνή αλλά και τον ελλαδικό χώρο. Η ποικιλομορφία αναφέρεται στη φυλή, στο έθνος, στις εθνικές ρίζες, στην ιθαγένεια, στο θρήσκευμα, στην ηλικία, στο γένος, στην ικανότητα / ανικανότητα, στην κοινωνικό-οικονομική τάξη, στην παιδεία και εκπαίδευση, και στις σχετικές ιδιότητες των διαφορετικών ομάδων λαού στην κοινωνία. (Andrews et al., 1999)

Ίσως, στη θεραπευτική φροντίδα που παρέχεται σήμερα επικρατεί ένας μονοπολιτισμικός τύπος-μοντέλο, ο οποίος ενδιαφέρεται για τις φυσικές και ψυχικές ανάγκες πάνω στη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου των ασθενών / πελατών, χωρίς να λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες και τα προβλήματα κουλτούρας / πολιτισμού μειονοτικών πληθυσμιακών ομάδων. Το μοντέλο αυτό είναι απαραίτητο να τροποποιηθεί, διότι οι αλλαγές και ανάγκες της εποχής του 21^{ου} αιώνα είναι διαφορετικές, πολλές και ανοίγουν ένα νέο τομέα στη ιατρονοσηλευτική. Ανοίγουν τον τομέα του Transcultural Medicine και Transcultural Nursing όπου στην ιατρονοσηλευτική φροντίδα του παραπάνω αναφερόμενου μοντέλου προστίθενται και διαστάσεις της κουλτούρας / πολιτισμού κάθε ασθενούς πελάτη και ιδιαίτερα αυτών των πληθυσμιακών ομάδων που έχουν διαφορετική κουλτούρα από αυτή των επαγγελματιών υγείας. Η φροντίδα σ' αυτόν τον τομέα ονομάζεται σφαιρική ή ολιστική, όπως έχει επικρατήσει στη διεθνή ορολογία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

3.1. Εισαγωγή.

Η έννοια της επικοινωνίας θα μπορούσε να ορισθεί ως απλά η ανταλλαγή μηνυμάτων μεταξύ δύο ή περισσότερων ανθρώπων. Όμως η επικοινωνία ως όρος τείνει να γίνει ολοένα και πιο γενική γι' αυτό η αξία της επικοινωνίας είναι σημαντικό να μελετηθεί, αφού παίζει τον σημαντικότερο ίσως παράγοντα στην κατανόηση και αποδοχή των επαγγελματιών υγείας προς τους ασθενείς-πελάτες με πολιτισμικές διαφορές. Η επικοινωνία χαρακτηρίζεται από ευθύτητα στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης, όπου τα θέματα θέτονται επί τάπητος αμέσως μόλις ανακύψουν. Αυτή η αντίθεση στο επικοινωνιακό στυλ πολλών μεταναστευτικών ομάδων παρουσιάζεται στις διάφορες χώρες. Παρόλο που οι αλλοδαποί δέχονται την ευθύτητα με χαρά, οι ίδιοι δεν έχουν αποκτήσει το θάρρος να υιοθετήσουν την ευθύτητα όταν επικοινωνούν. Αυτό το γεγονός τονίζεται ακόμα περισσότερο όταν το πολιτισμικό περιβάλλον μέσα στο οποίο έχουν μεγαλώσει οι μετανάστες, συντηρεί την απόσταση και την ιεραρχική δομή. Μερικοί γιατροί αναφέρουν ότι ανάλογα με την πολιτισμική κουλτούρα των ασθενών, οι τελευταίοι εκφράζουν με διαφορετικό τρόπο τον πόνο, άλλοι φωνάζουν δυνατά, άλλοι παραμένουν ήρεμοι και ανέκφραστοι και έτσι είναι δύσκολο για αυτούς να κατανοήσουν την σοβαρότητα της κατάστασης. Είναι προφανές ότι υπάρχουν πολιτισμικές διαφορές που αφορούν την ποσότητα πληροφοριών και τον τρόπο μετάδοσης τους. Επομένως επικοινωνία είναι η διαδικασία δημιουργίας, ανταλλαγής, ερμηνείας, αξιολόγησης και αξιοποίησης συμβόλων, σημάτων, πληροφοριών και μηνυμάτων. Υπάρχει μια σειρά από κριτήρια με βάση τα οποία η επικοινωνία κρίνεται αποτελεσματική ,ή ακόμα βελτιώνεται όταν ο διαμεσολαβητής πρέπει να:

- ✓ Σέβεται τον πολιτισμό των άλλων ανθρώπων
- ✓ Προσπαθεί να ταυτιστεί συναισθηματικά με τον κόσμο του άλλου
- ✓ Είναι ανοιχτός στο νέο και στην νέα μάθηση
- ✓ Δείχνει ανοχή στον άλλον και να είναι ευαίσθητος στις προκαταλήψεις
- ✓ Θεωρεί τις διαφορές ευκαιρία μάθησης και

- ✓ Τέλος να έχει βασική κοινωνική δεξιότητα πλαίσιο ή υπόβαθρο κάθε κοινωνικής συμπεριφοράς του ατόμου.

Η επιρροή των πολιτισμικών αξιών και πρακτικών στην επικοινωνία είναι πολύ μεγάλη. Στον τομέα της ιατρικής περίθαλψης, οι παρεξηγήσεις είναι αποτέλεσμα αυτής της επιρροής, όπως ο σεβασμός στις αρχές ή η συμπεριφορά για την υγεία μπορεί να έχει τραγικές συνέπειες που πρέπει να αποφευχθούν. Σε μια μελέτη του Balduin (1996) τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς δεν εμπιστευόταν το σύστημα λόγω της κατάστασης που αντιμετώπιζαν κατά την επίσκεψη τους σε κάποιον οργανισμό υγείας. Συγκεκριμένα, κάποιοι ασθενείς ένιωθαν ότι οι γιατροί δεν είχαν την διάθεση να ασχοληθούν μαζί τους. Οι Cooper-Patrick (1999) παρατήρησαν ότι τα προβλήματα που παρατηρούνται στην επικοινωνία ανάμεσα σε ασθενείς και γιατρούς και οφείλονται σε πολιτισμικές διαφορές, συχνά καταλήγουν στην διαμόρφωση ετερόκλητων απόψεων των γιατρών και των ασθενών, όσον αφορά την κατανόηση της αιτίας της ασθένειας και της αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής αγωγής. Τα προβλήματα αυτά δεν οφείλονται μόνο στη έλλειψη κοινού γλωσσικού κώδικα ανάμεσα στον νοσηλευτή και στον ασθενή, αλλά και σε διαφορές στα επικοινωνιακά πρότυπα.

Η διαπολιτισμική επικοινωνία που ορίζεται ως η διαπολιτισμική αλληλεπίδραση και διεθνή επικοινωνία, συνειδητή συνάντηση υποκειμένων διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης με χρήση διαφορετικών κωδικών, συμβάσεων, στάσεων και τρόπων συμπεριφοράς, είναι ανάγκη επιτακτική και απαραίτητη γνώση για τους επαγγελματίες υγείας. Δεδομένης της πολιτισμικής ποικιλομορφίας του σύγχρονου κόσμου και των ποικίλων και διάφορων προσεγγίσεων ηθικής ο νοσηλευτής βρίσκεται αρκετά συχνά αντιμέτωπος με έναν σημαντικό αριθμό προκλήσεων και δίλημμάτων. Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να βρει τρόπο να διαπραγματευτεί τη διαφορά ανάμεσα σε αυτά που προστάζει η επαγγελματική του ηθική και σε αυτά που προκύπτουν από τις προσωπικές και πολιτισμικές αξίες των ασθενών / πελατών όπως για παράδειγμα στη διαδικασία ενημέρωσης ασθενών όπου ο σεβασμός στην αυτονομία των ατόμων και στο δικαίωμά τους να λαμβάνουν αποφάσεις για θέματα που τους αφορούν μπορεί να έρχεται σε σύγκρουση με κοινωνικά πρότυπα όπου οι αποφάσεις λαμβάνονται μετά από συνεργασία όλων των μελών της οικογένειας.

Συμπερασματικά προκύπτει ότι ένα άτομο για να έχει επικοινωνιακή επάρκεια ή ικανότητα, θα πρέπει να καθίσταται ικανό όχι μόνο να αντέχει την διαφορετικότητα ,αλλά και ότι είναι σε θέση να τη διαχειρίζεται ώστε να δημιουργούνται μετεπικοινωνιακές προϋποθέσεις για μια οικουμενική επικοινωνία.

3.2. Ηθικά ζητήματα κατά την παροχή φροντίδας υγείας σε άτομα με πολιτισμικές διαφορές.

Οι νοσηλευτικές ενέργειες και πράξεις απαιτούν από την πλευρά του επαγγελματία υγείας την ικανότητα για λήψη των καλύτερων δυνατών αποφάσεων. Ο πολιτισμικός σχετικισμός προτείνει ότι οι συμπεριφορές των ατόμων πρέπει να κρίνονται και να αξιολογούνται μόνο εντός του συγκεκριμένου πολιτισμικού πλαισίου στο οποίο διαμορφώνονται και πραγματοποιούνται και κατ' επέκταση οι νοσηλευτικές αποφάσεις να λαμβάνονται μόνο σε σχέση με αυτό το πολιτιστικό περιβάλλον. Οι υποστηρικτές του υποστηρίζουν ότι ο πολιτισμικός σχετικισμός ενθαρρύνει τα άτομα να αντιμετωπίζουν με ανοικτό πνεύμα τους άλλους, γεγονός που προάγει μια πιο ανεκτική και ελαστική στάση στην αντιμετώπιση των πολιτισμικών διαφορών. Οι επικριτές του πολιτισμικού σχετικισμού του καταλογίζουν υπερβολική ανοχή και υποβάθμιση της σημασίας ακόμα και πρακτικών που συνιστούν παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Melville & Herskovits, 1973).

Είναι γεγονός ότι ορισμένες πολιτισμικές πρακτικές και πεποιθήσεις απέχουν πολύ από τους στόχους και τις έννοιες που έχουν ενσωματωθεί στο σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων σε μεγάλο μέρος του σύγχρονου κόσμου. Τα ανθρώπινα δικαιώματα, όμως, ανήκουν σε όλους τους ανθρώπους ανεξάρτητα από τα πολιτικά συστήματα και τις πολιτισμικές παραδόσεις.

Ανάμεσα στις βασικές αρχές για την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος, περιλαμβάνονται η αρχή για το σεβασμό της αυτονομίας των ατόμων και η αρχή της ειλικρίνειας που συνεπάγονται ότι το άτομο όχι μόνο πρέπει να είναι σε θέση να λειτουργεί αυτόνομα άλλα και να γνωρίζει την πραγματική κατάσταση και τις πιθανές επιλογές καθώς μόνο έτσι θα είναι σε θέση να λειτουργεί αυτόνομα. Σε γενικές γραμμές η διαδικασία πληροφόρησης στη φροντίδα υγείας εγείρει αρκετά ηθικά διλήμματα (Λάσκαρη, 2003). Οι πολιτισμικές διαφορές έρχονται να εμπλουτίσουν το πεδίο προβληματισμών σχετικά με τα ηθικά ζητήματα που προκύπτουν από τη διαδικασία

πληροφόρησης των ασθενών καθώς άτομα που προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα μπορεί να έχουν και διαφορετικές ανάγκες για πληροφόρηση. Σε όλες τις κουλτούρες, η ειλικρίνεια είναι πολύπλοκο θέμα και πρέπει να αντιμετωπίζεται με τον προσήκοντα προς την κουλτούρα τρόπο. Σε ορισμένους πολιτισμούς δίνεται μεγάλη αξία στο σεβασμό της αυτονομίας των ατόμων και στο δικαίωμά τους να γνωρίζουν την κατάσταση της υγείας τους, να έχουν τον έλεγχο της κατάστασης και να λαμβάνουν τις αποφάσεις τους. Σε αυτή την περίπτωση η απόκρυψη πληροφοριών από τους ασθενείς θεωρείται πατερναλιστική και άδικη. Σε άλλους πολιτισμούς είναι αποδεκτό το δικαίωμα του ατόμου να μη γνωρίζει, ενώ σε κάποιους άλλους είναι επιθυμητή πρακτική να έχει η οικογένεια το νόμιμο και σημαντικό ρόλο της μετάδοσης πληροφοριών στο άτομο και της λήψης των σημαντικών αποφάσεων .

Ορισμένες κουλτούρες, όπως η αγγλοαμερικανική δίνουν μεγάλη αξία στην κυριαρχία των ατόμων και στο δικαίωμά τους να κάνουν επιλογές για τη ζωή τους χωρίς την παρέμβαση άλλων (συμπεριλαμβανομένων της οικογένειας και των φίλων), Άλλες κουλτούρες, για παράδειγμα εκείνες των αυτοχθόνων ανθρώπων αποικισμένων χωρών, η παραδοσιακή ελληνική και ιταλική κουλτούρα και πολλές από τις παραδοσιακές κουλτούρες της Νότιας Ασίας, δίνουν μεγάλη αξία στην οικογένεια, στη συλλογική και κοινωνική λήψη αποφάσεων και στην υποχρέωση του κάθε μέλους της οικογένειας να θέτει τα συμφέροντα της οικογένειας πάνω από τα δικά του (Γιάννου, 2003).

Σε γενικές γραμμές το ζήτημα της διαδικασίας πληροφόρησης των ασθενών συνιστά από μόνο του ένα σημαντικό ηθικό νοσηλευτικό ζήτημα το οποίο περιπλέκεται ακόμα περισσότερο όταν ο νοσηλευτής καλείται να παρέχει φροντίδα υγείας σε άτομα με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Δεν μπορούμε να πούμε ότι υπάρχει μια συγκεκριμένη στάση που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σαν πανάκεια. Ο νοσηλευτής πρέπει σε κάθε περίπτωση μετά από επικοινωνία με τον ασθενή και με το στενό οικογενειακό του περιβάλλον, έχοντας εκτιμήσει και την ψυχοσύνθεση του ατόμου να προβεί στην καλύτερη δυνατή απόφαση.

Μια άλλη σημαντική πολιτισμική διαφορά που συναντά ο επιστήμονας υγείας μεταξύ των ασθενών είναι το θρήσκευμα. Το θρήσκευμα εκφράζεται με την πνευματικότητα. Πνευματικότητα είναι ο τρόπος που ένα άτομο επικοινωνεί με την υψίστη δύναμη, το Θεό, ασκεί και εφαρμόζει τους κανόνες της συγκεκριμένης δικής του θρησκείας, ενώ το ίδιο άτομο δέχεται την επίδραση της υψίστης δυνάμεως που επικαλείται. Υπάρχουν διάφορα θρησκευόμενα ανά τον κόσμο. Η χώρα μας είναι κατ' εξοχήν χριστιανική -χριστιανική

ορθόδοξη-μπορεί όμως να συναντήσει κανείς και άλλα χριστιανικά δόγματα όπως καθολικούς ή προτεστάντες. Ακόμη με την διακίνηση των πληθυσμών που γίνεται στην εποχή μας και με τα μέσα μετακίνησης που ελαχιστοποιούν το χρόνο μεταφοράς από τη μία χώρα στην άλλη ή από τη μία ήπειρο στην άλλη, μπορεί κάποιος να συναντήσει διάφορα θρησκευόμενα, όπως ιουδαϊσμό, βουδισμό, ινδουισμό, ισλαμισμό, αθεϊσμό κ.λπ. Για το λόγο αυτό χρειάζεται να υπάρχει σταθερή άποψη και γνώση του δικού μας θρησκευόμενου και ο επιστήμονας υγείας να μπορεί να μένει σταθερός σ' αυτό που πιστεύει, χωρίς να απορρίπτει τους άλλους. Βέβαια, όπως είναι σεβαστό το θρήσκευμα των ασθενών, είναι το ίδιο σεβαστό και το θρήσκευμα του επιστήμονα υγείας (Andrews & Boyle, 1999) .

Η πίστη στο Θεό επηρεάζει την άποψη που έχουν οι ασθενείς για την ασθένειά τους. Μερικοί θεωρούν την ασθένεια ως τιμωρία, ίσως αυτό να προέρχεται από τις ανθρώπινες δικές τους ενοχές, μερικοί ως μία δοκιμασία, δηλαδή ένα test, άλλοι ως φυσική φθορά του ανθρώπινου οργανισμού την οποία ο Θεός επιτρέπει. Πάντως η πίστη στο Θεό δίνει δύναμη για την αντιμετώπιση της νόσου και ελπίδα για θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας.

Ο επιστήμονας υγείας χρειάζεται να παρέχει φροντίδα ώστε οι ασθενείς να μπορούν να ασκούν τα πνευματικά τους καθήκοντα, όπως να τους διευκολύνει όταν θέλουν εκείνοι να προσευχηθούν. Πολλοί άνθρωποι πιστεύουν στη δύναμη της προσευχής και αισθάνονται καλύτερα μετά από αυτήν. Επίσης, αν ο ασθενής επιθυμεί να επικοινωνήσει με τον ιερέα, ο λειτουργός υγείας θα πρέπει να τον διευκολύνει. Τα περισσότερα νοσοκομεία έχουν παρεκκλήσιο (μικρή εκκλησία) στον περίβολό τους και ιερέα, επομένως πρέπει να ενημερωθεί ο ιερέας ότι κάποιος ασθενής τον ζητά και θα περάσει να τον δει.

Η παροχή της πνευματικής νοσηλευτικής φροντίδας προάγει την φυσική, την συναισθηματική, και την πνευματική φροντίδα του ασθενούς πελάτη. Όταν ο ασθενής πελάτης ανήκει σε άλλο θρήσκευμα, ενημερώνεται η κοινωνική λειτουργός του νοσοκομείου για να φροντίσει να έλθει κάποιος από το θρήσκευμα που εκείνος ανήκει για να τον επισκεφτεί (Ebersole & Hess, 1994).

Για μερικούς λόγους η πνευματική φροντίδα παραμελείται. Μερικές από τις αιτίες είναι οι εξής :

✓ Οι θρησκευτικές και πνευματικές ανάγκες των ασθενών θεωρούνται ως άκρως προσωπικές.

- ✓ Οι επιστήμονες υγείας αισθάνονται δύσκολα με τις διαφορετικές θρησκευτικές και πνευματικές ανάγκες, με ασαφή τοποθέτηση στο θέμα.
- ✓ Έχουν άγνοια σε θέματα πίστεως, θρησκεύματος και για τις ανάγκες της πνευματικότητας του ασθενούς πελάτη.
- ✓ Συγχέουν τις πνευματικές ανάγκες με τις ψυχολογικές.
- ✓ Έχουν την ιδέα ότι η φροντίδα της εκπλήρωσης των πνευματικών αναγκών είναι μόνον ευθύνη του ιδίου ατόμου, της οικογένειας του και του ιερέα, και όχι δική τους (Andrews & Boyle, 1999) .

Είναι σημαντικό να παρέχεται πνευματική φροντίδα στους ασθενείς πελάτες και να αναγνωρίζεται ότι η ισορροπία της βιολογικής, ψυχολογικής και πνευματικής καταστάσεως του ασθενούς πελάτη είναι βασική για την γενική του υγεία. Η ιατρική και η νοσηλευτική είναι μία αρκετά «ενδόμυχη επιστήμη», δηλαδή ασχολείται με θέματα που αγγίζουν την εσωτερική και προσωπική ζωή του ατόμου, όπως την ατομική υγιεινή, την διατροφή του, και άλλες περισσότερο προσωπικές συνήθειες. Η πνευματική φροντίδα χρειάζεται, επίσης, μία ενδόμυχη διακριτική παρέμβαση.

Σε δύσκολες καταστάσεις, διακριτική φροντίδα χρειάζεται επίσης η οικογένεια του ασθενούς. Η οικογένεια λόγω του πόνου τον οποίο βιώνει από την κατάσταση του ασθενούς, μπορεί να παρουσιάζει προβληματική συμπεριφορά απέναντι στο προσωπικό και γενικά στους λειτουργούς υγείας του νοσοκομείου.

Η προβληματική συμπεριφορά συνήθως οδηγεί σε συγκρούσεις μεταξύ του προσωπικού και της οικογένειας. Ο επιστήμονας υγείας προλαμβάνει αυτά τα προβλήματα και τις συγκρούσεις με συζήτηση και επικοινωνία για την εκπλήρωση των αναγκών της οικογένειας. Μία από τις ανάγκες είναι η πνευματική αναζήτηση μελών της οικογένειας. Εάν τα μέλη επιθυμούν επικοινωνία με τον ιερέα μπορούν και πρέπει να διευκολυνθούν, έτσι ώστε πολλά από τα προβλήματα να εξομαλύνονται.

3.3. Πολιτισμικές διαφορές που επηρεάζουν τη φροντίδα των ασθενών.

Κάθε πολιτισμική ομάδα έχει σαφείς και χαρακτηριστικές πεποιθήσεις, και πρακτικές, που επηρεάζουν τον ορισμό που δίνεται στην έννοια της υγείας. Παρατηρούνται πολλές διαφορές ανάμεσα σε 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 κατ'επέκταση επηρεάζουν και το είδος της φροντίδας που πρέπει να παρέχεται στους ασθενείς είναι:

Βιολογικές διαφοροποιήσεις.

Οι Dossey, Keegan & 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 (Pumell & Paulanka, 1998; Giger & Davidhizar, 1999). 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, 1999).

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, 1999).

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 Rumell και Paulanka (1998) αναφέρουν ότι οι Αφροαμερικανοί ανταποκρίνονται λιγότερο ικανοποιητικά στους β' αναστολείς και σύμφωνα με τους Lin, Poland και Lesser (1986) οι Ιάπωνες παρουσιάζουν μικρότερο θεραπευτικό εύρος για το λίθιο.

Εξήγηση της ασθένειας.

Σύμφωνα με τους Dossey, Keegan & 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 (1998) 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, 1998).

Σύμφωνα με τους Dossey, Keegan & 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 (1998) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι συχνά οι πολιτισμικά καθορισμένες ασθένειες διαγιγνώσκονται λανθασμένα ως ψυχικές ασθένειες και υποστηρίζει ότι η γνώση 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 (1999) 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 ανήκουν. 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, 1998).

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, 1999).

Μία άλλη πολιτισμική διαφορά που σχετίζεται με τον χρόνο είναι ο τρόπος με τον οποίο αυτός μετράται. Όπως είναι γνωστό, ο χρόνος μετράται σε ώρες, ημέρες και χρόνια. 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, 1999).

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, 1999).

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 και 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, 1999).

3.4. Η διαπολιτισμική επικοινωνία ως σημαντικός παράγοντας επηρεασμού της κλινικής σχέσης ιατρού/νοσηλευτή/ασθενή στις υπηρεσίες υγείας.

Μέσω της επικοινωνίας οι άνθρωποι αλληλεπιδρούν και ανταλλάσσουν πληροφορίες και αυτό είναι πολύ σημαντικό για τη θεραπευτική διαδικασία. Όταν το πολιτισμικό πλαίσιο από το οποίο προέρχονται οι νοσηλευτές και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας είναι διαφορετικό από αυτό των ασθενών, μπορεί να παρατηρηθούν προβλήματα στην επικοινωνία και το γεγονός αυτό έχει αρνητικό αντίκτυπο στη θεραπεία. Πολλοί ασθενείς που ανήκουν σε μειονότητες δεν εμπιστεύονται το σύστημα υγείας και αρνούνται να ακολουθήσουν τις φαρμακευτικές αγωγές για διάφορους λόγους, συμπεριλαμβανομένης και της δυσaráσκειας που νιώθουν από την σχέση τους με τους επαγγελματίες υγείας (Baldwin, 2003).

Μεγάλο εμπόδιο για την επικοινωνία είναι η γλώσσα. Η ελληνική γλώσσα δεν είναι η μητρική των αλλοδαπών και γι' αυτό το λόγο ο επιστήμονας υγείας πρέπει να είναι σαφής, κατανοητός και να προσέχει ώστε να μη γίνονται παρερμηνείες. Για παράδειγμα εάν ο νοσηλευτής, όταν τελειώσει μία εξέταση πει στην ασθενή από μία ξένη χώρα: «τελειώσατε κυρία», διατρέχει τον κίνδυνο παρερμηνείας, που πιθανόν η κυρία θα σκεφθεί ότι έχει κάτι πολύ σοβαρό και επομένως θα «τελειώσει», θα πεθάνει. Στην Ελλάδα, είναι πολλοί οι ξένοι και επομένως πολλές οι γλώσσες που ομιλούνται. Ακόμη και οι παλιννοστούντες που είναι Έλληνες, η γλώσσα που ομιλούν είναι η τοπική τους, εκεί δηλαδή που γεννήθηκαν, μπορεί να γνωρίζουν «λίγα ελληνικά», οπότε στην ουσία το πρόβλημα εξακολουθεί να υπάρχει, αφού η ελληνική γλώσσα δεν είναι η μητρική τους. Χρειάζεται προσοχή και χρήση μεθόδων που θα βοηθήσουν στην διαπολιτισμική επικοινωνία. Ένα εμπόδιο είναι η προκατάληψη, που μπορεί να έχει ο επιστήμονας υγείας. Για αποφυγή προβλημάτων χρειάζεται σεβασμός, εκτίμηση του ξένου πολιτισμού - κουλτούρας, ικανότητα να παρακολουθούν οι επαγγελματίες υγείας τη διαφορετική συμπεριφορά του ασθενή / πελάτη χωρίς να την κρίνουν ή να την καταδικάζουν και επιθυμία για μάθηση μέσω αυτής της επικοινωνίας.

Εάν προσέλθει κάποιος ασθενής πελάτης, κύριος ή κυρία, και δεν ξέρει την ελληνική γλώσσα τότε ο επιστήμονας υγείας πρέπει:

- ✓ Να είναι ευγενής και τυπικός
- ✓ Να χαιρετίσει τον ασθενή.

- ✓ Να συστηθεί και να χαμογελάσει.
- ✓ Να πλησιάσει τον ασθενή χωρίς να βιάζεται ή να δείχνει βιαστικός και να προσέξει κάθε προσπάθεια που κάνει ο ασθενής / πελάτης ή η οικογένειά του για επικοινωνία.
- ✓ Να μιλήσει με κανονική φωνή, με καθαρή και αργή προφορά των λέξεων. Εάν μιλήσει δυνατά, υπάρχει κίνδυνος ο ασθενής να παρανοήσει και να σκεφτεί ότι ο νοσηλευτής είναι εκνευρισμένος. Εάν γνωρίζει κάποιες σχετικές λέξεις από τη χώρα του ασθενούς καλό είναι να τις χρησιμοποιήσει. Με τον τρόπο αυτό θα δείξει ότι ενδιαφέρεται και σέβεται ή εκτιμά τον πολιτισμό του ασθενούς.
- ✓ Να χρησιμοποιήσει μία τρίτη γλώσσα (πολλοί μιλούν Αγγλικά ή Γαλλικά).
- ✓ Να ρωτήσει αν κάποιος από την οικογένεια ξέρει Ελληνικά ή κάποια τρίτη γλώσσα, όπως Αγγλικά.
- ✓ Να χρησιμοποιεί απλές λέξεις για να πάρει το ιστορικό. Να μην χρησιμοποιεί πολύπλοκη ιατρική ορολογία και να μην κάνει πολύπλοκες ερωτήσεις.
- ✓ Να συζητά κάθε θέμα χωριστά, τόσο όταν παίρνει το ιστορικό, όσο και όταν δίνει οδηγίες, π.χ. να μην ρωτά: «όταν κάνετε πυρετό έχετε και ρίγος;», άλλα να ρωτά: «κάνετε πυρετό;», «έχετε ρίγος;», «πότε ;».
- ✓ Να δίνει οδηγίες με απλό τρόπο.
- ✓ Μπορεί να χρησιμοποιήσει και κάποιο λεξικό, αν υπάρχει.

Πολλοί Ασιάτες ασθενείς/ πελάτες για παράδειγμα, είναι ήσυχoi και μέσα από την κουλτούρα τους μαθαίνουν να υπομένουν την ασθένεια, ενώ άλλοι πολιτισμοί γίνονται επιθετικοί και συγκρούονται πολύ εύκολα. Εάν συναντήσει ο επαγγελματίας υγείας επιθετική συμπεριφορά, καλό είναι να δει το πρόβλημα και να το εξετάσει από διαπολιτισμική άποψη. Γιατί σε περίπτωση ασθένειας η συμπεριφορά μπορεί να αρχίζει με παθητική αποδοχή και να καταλήγει σε άκρως επιθετική κατάσταση.

Σε μία μελέτη του Balduin (1996) τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς δεν εμπιστεύονταν το σύστημα, λόγω της κατάστασης που αντιμετώπιζαν κατά την επίσκεψή τους σε κάποιον οργανισμό υγείας. Συγκεκριμένα, κάποιοι ασθενείς ένιωθαν ότι οι γιατροί δεν είχαν τη διάθεση να ασχοληθούν μαζί τους ή να ακούσουν τα παράπονά τους. Οι Cooper - Patrick και συν. (1999) παρατήρησαν ότι προβλήματα που παρατηρούνται στην επικοινωνία ανάμεσα σε ασθενείς και γιατρούς και οφείλονται σε πολιτισμικές διαφορές,

συχνά καταλήγουν στη διαμόρφωση ετερόκλητων απόψεων των γιατρών και των ασθενών, όσον αφορά την κατανόηση της αιτίας της ασθένειας και της αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής αγωγής. Τα προβλήματα αυτά δεν οφείλονται μόνο στην έλλειψη κοινού γλωσσικού κώδικα ανάμεσα στον νοσηλευτή και στον ασθενή, αλλά και σε διαφορές στα επικοινωνιακά πρότυπα. Έτσι, εκτός από την προσπάθεια που καταβάλλει για κατανοήσει τα λεγόμενα του ασθενούς, ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να γνωρίζει την σημασία των εκφράσεων του προσώπου, των χειρονομιών, αλλά και του επιτονισμού του ασθενούς. Η γνώση λοιπόν των επικοινωνιακών προτύπων των πολιτισμικών ομάδων, με τις οποίες οι επαγγελματίες υγείας έρχονται σε επαφή, θεωρείται απαραίτητη (Giger & Davidhizar, 1999).

Σημασία έχει και η μη λεκτική επικοινωνία που περιλαμβάνει πέντε τύπους επικοινωνίας:

1. Τα δεδομένα της γλώσσας τον τόνο της φωνής, την ποιότητα της φωνής, τον στεναγμό και το βογκητό.
2. Τα δεδομένα του σώματος τη στάση του σώματος, τις εκφράσεις του προσώπου και τις χειρονομίες.
3. Τα δεδομένα των αντικειμένων: των ενδυμάτων, των κοσμημάτων και το στυλ των μαλλιών της κεφαλής.
4. Τη χρήση του προσωπικού και εδαφικού χώρου στην διαπροσωπική διεξαγωγή επικοινωνίας και τη φροντίδα των υπαρχόντων.
5. Το άγγιγμα, το οποίο εμπλέκεται στη χρήση του προσωπικού χώρου και της πράξης -δράσης.

Οι Αφροαμερικανοί παραδείγματος χάρη χρησιμοποιούν κινήσεις του σώματος και έναν άμεσο και εκφραστικό λόγο. Ο τόνος της φωνής τους είναι συνήθως αρκετά δυνατός, αλλά αυτό δεν πρέπει να εκλαμβάνεται ως έκφραση θυμού (Purnell & Paulanka, 1998).

Εάν παραβλέψει κανείς τη μη λεκτική επικοινωνία, θα χάσει πολύτιμες πληροφορίες για τον ασθενή / πελάτη. Διαπολιτισμικά υπάρχει μεγάλη ποικιλομορφία στη μη λεκτική επικοινωνία από το χαμόγελο έως τη χειραψία. Έτσι, πολλοί Ευρωπαίοι θεωρούν την χειραψία ως ένδειξη φιλικότητας και εμπιστοσύνης, ενώ άλλοι πολιτισμοί θεωρούν ακατάλληλη ή προσβλητική αυτή τη συμπεριφορά.

Η επικοινωνία με τα μάτια (δια του βλέμματος) πρέπει να διδάσκεται στους επιστήμονες υγείας, ώστε να μπορούν να επικοινωνούν με τους ασθενείς / πελάτες. Όμως υπάρχουν

πολιτισμοί, όπως Ινδονήσιοι, Άραβες, Κινέζοι οι οποίοι την δια του βλέμματος επικοινωνία μπορεί να θεωρήσουν ως αγένεια ή επιθετική συμπεριφορά. Για τις μωαμεθανές γυναίκες Αραβικής καταγωγής η σεμνότητα εκφράζεται με την αποφυγή της επικοινωνίας των ματιών εκτός από την περίπτωση του συζύγου τους. Σε μερικούς πολιτισμούς το γυναικείο χαμόγελο και η επικοινωνία με τα μάτια δεν επιτρέπεται στις γυναίκες προς τους άνδρες σε δημόσιους χώρους, οπότε η μόνη γυναίκα που θα χαμογελάσει και θα έχει βλεμματική επικοινωνία σε δημόσιο χώρο χαρακτηρίζεται ως μία γυναίκα αμφιβόλου ηθικής υποστάσεως-πόρνη. Οι Ισραηλινοί άνδρες έχουν ειδικά ήθη αναφορικά με το χαμόγελο στις γυναίκες.

Μεγάλη προσοχή πρέπει να δοθεί από τον επιστήμονα υγείας στο θέμα αφή- άγγιγμα. Αν και είναι ευρέως γνωστό ότι η αφή, το φιλικό άγγιγμα ή το κτύπημα στον ώμο, σύμφωνα με τα ελληνικά δεδομένα, προάγει τη σχέση μεταξύ του προσωπικού του νοσοκομείου και ασθενών/ πελατών, εντούτοις πρέπει κανείς να είναι πολύ προσεχτικός για την αποφυγή παρεξηγήσεων. Σε πολλές αραβικές χώρες, οι άρρενες νοσηλευτές ή άλλο προσωπικό του ιδρύματος δεν επιτρέπεται να εξετάσουν ή να αγγίξουν μέρος ή όλο το γυναικείο σώμα. Επίσης, σε μερικούς πολιτισμούς, ασιατικούς ή και άλλους, είναι αυστηρά απαγορευμένο να αγγίξεις ή να χαϊδέψεις τα παιδιά, ειδικά το κεφάλι τους. Και αυτό επειδή πιστεύουν ότι στο κεφάλι βρίσκεται η δύναμη του παιδιού και επομένως το μέρος αυτό δεν έχει κανείς δικαίωμα να το αγγίζει.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει επίσης να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τους όρους που χρησιμοποιούν οι Αφροαμερικανοί για να υποδηλώσουν κάποιες ασθένειες, στην θέση της επιστημονικής ορολογίας. Συχνά χρησιμοποιούν τη λέξη «ζάχαρο» (sugar), αντί του όρου «σακχαρώδης διαβήτης» και την έκφραση «λίγο αίμα», αντί του όρου «αναιμία». Επίσης, παρατηρούνται διαφορές και ανάμεσα στα άτομα του πληθυσμού των Αφροαμερικανών και αυτό συνεπάγεται ότι οι επαγγελματίες υγείας, πρέπει να αντιμετωπίζουν κάθε άτομο αυτής της πολιτισμικής ομάδας, αλλά και γενικότερα, ως ξεχωριστή βιολογική οντότητα, με ιδιαίτερη πνευματική και ψυχική υπόσταση (Giger & Davidhizar, 1999).

Ένα άλλο παράδειγμα πολιτισμικής διαφοροποίησης που μπορεί να επηρεάσει την επικοινωνία του νοσηλευτή με τον ασθενή έχει προκύψει από τον πληθυσμό των Μεξικανών. Τα άτομα αυτά επιδιώκουν να έχουν μία σύντομη συζήτηση με τον επαγγελματία υγείας, πριν από την συνέντευξη για την λήψη του ιστορικού υγείας. Αυτή η πρακτική προϋποθέτει ότι ο επαγγελματίας υγείας θα απευθύνει κάποιες ερωτήσεις

αρχικά στα μέλη της οικογένειας, οι οποίες θα δείχνουν τον σεβασμό του και το ενδιαφέρον για αυτά. Έπειτα θα ζητήσει να μάθει τους λόγους για τους οποίους απευθύνονται στον συγκεκριμένο οργανισμό υγείας. Ένας νοσηλευτής που είναι πολύ άμεσος κατά την αρχική συνάντηση, θα αντιμετωπίσει λιγότερα προβλήματα από κάποιον άλλο δεν κατέχει αυτή την δεξιότητα (Sealey, 2003).

Οι νοσηλευτές επίσης θεωρητικά πρέπει να επιλέγουν διερμηνείς που ανήκουν στον τομέα υγείας και έχουν την ικανότητα να χρησιμοποιούν την κατάλληλη διάλεκτο, όποτε αυτό είναι απαραίτητο. Πρέπει να αποφεύγουν να χρησιμοποιούν συγγενείς γιατί μπορεί να μην είναι σε θέση να διαβιβάσουν αυτούσιες τις απαραίτητες πληροφορίες, λόγω πολιτισμικών λόγων. Επίσης, δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται παιδιά λόγω της ιδιαίτερα ευαίσθητης φύσης των θεμάτων, που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της συζήτησης (Purnell & Paulanka, 1998).

3.4.1. Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών σε μετανάστες . Παραδείγματα εξειδικευμένων υπηρεσιών.

Στην Ελλάδα, ελάχιστα είναι τα παραδείγματα εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας που απευθύνονται σε μετανάστες και πρόσφυγες. Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν έχουν ενταχθεί ακόμη πρακτικές διαπολιτισμικής προσέγγισης και δεν παρέχονται πληροφορίες σε άλλες γλώσσες εκτός της Ελληνικής, αλλά ούτε και η δυνατότητα διερμηνείας τους.

Το κενό επιχειρούν να καλύψουν Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις που παρέχουν περίθαλψη και υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε μετανάστες «χωρίς έγγραφα», πρόσφυγες και μειονότητες. Οι Γιατροί του Κόσμου, η PRAKSIS, το Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, και οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα παρέχουν υπηρεσίες υγείας, συμβουλευτικής για ζητήματα υγείας και πρόνοιας και υπηρεσίες ψυχολογικής στήριξης.

Οι Γιατροί του Κόσμου και η PRAKSIS λειτουργούν πολυιατρεία στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, προσφέροντας ιατρικές υπηρεσίες, φάρμακα και συμβουλευτική για θέματα πρόνοιας και ένταξης, κυρίως σε μετανάστες «χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα» και σε αιτούντες άσυλο οι οποίοι τελούν υπό καθεστώς απέλασης.

Στα πολυϊατρεία της PRAKSIS, στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, παρέχεται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μέσω οργανωμένου γενικού ιατρείου, γυναικολογικού ιατρείου και οδοντιατρείου. Υποστηρικτικά λειτουργεί φαρμακείο, παρέχοντας δωρεάν φάρμακα στους ασθενείς. Σύμφωνα με την τελευταία αναφορά δράσης, που καλύπτει την περίοδο μεταξύ Οκτωβρίου 2007 και Σεπτεμβρίου 2008, στο πολυϊατρείο της Αθήνας εξυπηρετήθηκαν 3.934 άτομα (η πλειοψηφία των εξυπηρετούμενων, 39%, προέρχονται από το Αφγανιστάν) και στο Πολυϊατρείο της Θεσσαλονίκης 3.705 άτομα (η πλειοψηφία των εξυπηρετούμενων, 49%, προέρχονται από την Αλβανία), ενώ από τις υποστηρικτικές υπηρεσίες του φαρμακείου έλαβαν δωρεάν φάρμακα 4.186 εξυπηρετούμενοι. Οι εξυπηρετούμενοι εκτός από την παροχή δωρεάν πρωτοβάθμιας περίθαλψης υποστηρίζονται και από την Κοινωνική Υπηρεσία που τους ενημερώνει για τις δυνατότητες και τα δικαιώματά τους και τους παραπέμπει σε άλλες υπηρεσίες ή άλλους φορείς. Επίσης λειτουργεί πρόγραμμα προσωρινής στέγασης αιτούντων ασύλου, μέσω του οποίου κατά την προαναφερόμενη περίοδο φιλοξενήθηκαν 63 νεοεισερχόμενοι στην περιοχή της Αττικής. Τέλος, μέσω προγράμματος «παρέμβασης στο δρόμο» (street work) καταγράφονται οι συνθήκες διαβίωσης σε χώρους με ακατάλληλες συνθήκες όπου στεγάζονται μαζικά μετανάστες, Ρομά και γίνεται προσπάθεια ενημέρωσής τους σε θέματα αγωγής υγείας.³

Οι Γιατροί του Κόσμου επίσης λειτουργούν «Ανοιχτό Πολυϊατρείο» στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη από το 1997 και το 2001 αντίστοιχα, όπου εθελοντές γιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι παρέχουν δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε όσους δεν έχουν πρόσβαση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας - άπορους, ανασφάλιστους, άστεγους, Ρομά, πρόσφυγες και μετανάστες. Στη διάρκεια των τελευταίων ετών, στο «Ανοιχτό Πολυϊατρείο» της Αθήνας, εθελοντές γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων (παθολόγοι, καρδιολόγοι, παιδίατροι, οφθαλμίατροι κλπ.) περιθάλλουν, κατά μέσο όρο, 14.000 ασθενείς ετησίως. Οι κύριες χώρες προσέλευσης των αλλοδαπών είναι το Ιράκ, το Αφγανιστάν, το Μπαγκλαντές, οι Αφρικανικές χώρες, το Ιράν, η Βουλγαρία, η Πολωνία, η Ουκρανία και η Αλβανία. Αντίστοιχα, στο Πολυϊατρείο Θεσσαλονίκης οι επισκέψεις ασθενών άγγιξαν τις 8.000 κατά τα δύο τελευταία έτη.⁴

³ Ιστότοπος PRAKSIS: <http://www.praksis.gr> (πρόσβαση 04.02.2009).

⁴ Ιστότοπος Γιατρών του Κόσμου: <http://.mdmgreece.gr> (πρόσβαση 04.02.2009)

Οι Γιατροί Χωρίς Σύννορα παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη και υπηρεσίες ψυχικής υγείας, με τη χρήση διερμηνέων, στον άτυπο καταυλισμό προσφύγων στην Πάτρα, όπου ζουν κυρίως άτομα Αφγανικής καταγωγής «χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα». Οι Γιατροί Χωρίς Σύννορα έχουν εξετάσει από τον Μάιο του 2008 περισσότερους από 7.000 ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν κυρίως λοιμώξεις του ανωτέρου και κατωτέρου αναπνευστικού, δερματολογικές παθήσεις, τραυματισμούς και μυοσκελετικά προβλήματα. Έχουν εξυπηρετηθεί επίσης εκατοντάδες ατομικές περιπτώσεις που χρήζουν ψυχολογικής βοήθειας, έχουν γίνει ενημερώσεις πληθυσμού για προσωπική υγιεινή και ασθένειες και πάνω από 350 παραπομπές σε νοσοκομεία. Η παρέμβαση των Γιατρών Χωρίς Σύννορα περιλαμβάνει επίσης δράσεις βελτίωσης των συνθηκών υγιεινής και διαβίωσης στον καταυλισμό.⁵

Το Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες υποστηρίζει πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο έχοντας ως σκοπό να διευκολύνει την ανεξαρτητοποίηση και την ένταξή τους στην Ελλάδα. Η κοινωνική υπηρεσία Ελληνικού Συμβουλίου για τους Πρόσφυγες παρεμβαίνει σε φορείς και υπηρεσίες προς όφελος του πρόσφυγα (π.χ. θέματα υγείας, συνοδεία σε νοσοκομεία), παρέχει ψυχολογική υποστήριξη και υλική αρωγή (επιδόματα, τρόφιμα, παραπομπή για σίτιση). Επίσης, εξυπηρετεί πρόσφυγες κατά την άφιξή τους στην Ελλάδα, κυρίως σε θέματα στέγασης.⁶

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός παρέχει υπηρεσίες συμβουλευτικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε μετανάστες και πρόσφυγες και υλοποιεί προγράμματα για την κοινωνική ένταξη αιτούντων άσυλο και προσφύγων (προώθηση στην απασχόληση, διαμεσολάβηση με κρατικές ή άλλες υπηρεσίες κλπ) σε κέντρα φιλοξενίας προσφύγων.⁷

Η μη κυβερνητική οργάνωση Κλίμακα υλοποιεί πρόγραμμα στήριξης αλλοδαπών γυναικών θυμάτων βίας, διακίνησης και σωματεμπορίας μέσω της δραστηριότητας ενός καταφυγίου, δυναμικότητας 12 ατόμων. Υλοποιεί επίσης προγράμματα «παρέμβασης στο δρόμο» (street work) για τον εντοπισμό και την καταγραφή των αστέγων και των προβλημάτων τους, μεταξύ των οποίων βρίσκονται μετανάστες και πρόσφυγες. Άλλες πρωτοβουλίες, μετά το 2000, αφορούν προγράμματα ψυχικής υγείας. Τα προγράμματα

⁵ Ιστότοπος Γιατρών Χωρίς Σύννορα: <http://www.msf.gr> (πρόσβαση 08/02/2009)

⁶ Ιστότοπος Ελληνικού Συμβουλίου για τους Πρόσφυγες: <http://www.gcf.gr> (πρόσβαση 08/02/2009)

⁷ Ιστότοπος Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού: <http://www.redcross.gr> (πρόσβαση 12.02.2009)

«Ψυχαδέλφεια» και «Ψυχαργός», υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας, προβλέπουν την ίδρυση και υποστήριξη δομών παροχής υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε ευπαθείς ομάδες. Ειδικότερα στα πλαίσια του προγράμματος λειτουργούν Κέντρα Ημέρας όπου παρέχονται ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες μεταξύ άλλων ευπαθών ομάδων και σε μετανάστες και πρόσφυγες. Από τα τέλη του 2007 η οργάνωση « Συν-ειρμός», στα πλαίσια του προγράμματος «Ψυχαργός» λειτουργεί το Κέντρο Ημέρας Βαβέλ, στο κέντρο της Αθήνας, το οποίο απευθύνεται αποκλειστικά σε μετανάστες και έχει ως στόχο την ενεργητική προσέγγιση των μεταναστών, είτε αυτοί αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, είτε βιώνουν συνθήκες που ευνοούν την εμφάνιση-εκδήλωση αυτών των προβλημάτων. Οι υπηρεσίες που παρέχονται από το Κέντρο Ημέρας Βαβέλ περιλαμβάνουν διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ψυχικών διαταραχών, εξατομικευμένη συνοδεία, συμβουλευτική ατόμων, οικογενειών, ομάδων, οργανισμών, ενημέρωση σε θέματα ψυχικής υγείας και ευαισθητοποίηση της κοινότητας και των αρμόδιων υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας. Η παροχή των υπηρεσιών γίνεται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας, κοινωνιολόγους και νοσηλευτές σε συνεργασία με διερμηνείς - πολιτισμικούς διαμεσολαβητές. Τους πρώτους 10 μήνες του 2008, στη Βαβέλ είχαν εξυπηρετηθεί 197 άτομα, από τα οποία τα 87 ήταν μετανάστες με άδεια παραμονής.⁸

Επίσης, το Ελληνικό Ιατρείο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών λειτουργεί στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο εξυπηρετώντας μετανάστες δύο φορές την εβδομάδα, με τη βοήθεια μεταφραστών. Εκεί παρακολουθούνται και παράτυποι μετανάστες στα εξωτερικά ιατρεία, ενώ υπό ειδικές περιστάσεις είναι δυνατή και η νοσηλεία τους στην Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου.

Η μεγάλη πλειοψηφία των μεταναστών όμως δεν μπορεί να εξυπηρετηθεί από τις προαναφερθείσες δομές και προγράμματα, καθώς οι δυνατότητες αυτών των πρωτοβουλιών δεν είναι ικανές να αντεπεξέλθουν σε μεγάλους αριθμούς εξυπηρετούμενων. Για αυτό το λόγο, ενώ τέτοιες προσπάθειες, εναλλακτικές του ΕΣΥ, πρέπει βεβαίως, να εμψυχωθούν και να στηριχθούν, δεν μπορούν ωστόσο σε καμία περίπτωση να το υποκαταστήσουν. Υπάρχει ανάγκη για συντονισμένα μέτρα ώστε να διευρυνθεί η πρόσβαση των μεταναστών «χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα» στην

⁸ Ιστότοπος ΒΑΒΕΛ: <http://www.syn-eirmos.gr/index.html> (πρόσβαση 12.02.2009)

πρωτοβάθμια περίθαλψη, να καταπολεμηθεί η γραφειοκρατία, να διαχυθεί η πολιτισμική ευαισθησία στους λειτουργούς υγείας, να εκπαιδευτεί ένα πληροφορημένο και με γλωσσικές δεξιότητες προσωπικό και να εξασφαλιστεί η διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα της ενημέρωσης γύρω από ζητήματα υγείας.

Παρά τα πολλά κενά και τα επίμονα προβλήματα, τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει κάποια βήματα σε όρους έρευνας αλλά και πολιτικής. Το Ινστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής, το Εθνικό Κέντρο Ερευνών, η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας αλλά και ερευνητικά κέντρα ακαδημαϊκών ιδρυμάτων, όπως το Παρατηρητήριο για τη Μετανάστευση στη Μεσόγειο και το Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας και Κοινωνικής Πολιτικής του Πάντειου Πανεπιστημίου, αλλά και το Ινστιτούτο Εργασίας της ΓΣΣΕ-ΑΔΕΔΥ, έχουν υλοποιήσει μελέτες για διάφορες θεματικές του μεταναστευτικού ζητήματος μεταξύ των οποίων και για την υγεία των μεταναστών. Επίσης σταδιακά εμπλουτίζεται και η βιβλιογραφία που διερευνά το επίπεδο υγείας των μεταναστών.

Επιπλέον, από το 2005 ψηφίστηκε και τέθηκε σε ισχύ ο νόμος 3304/2005 που θεσπίζει την αρχή της ίσης μεταχείρισης μεταξύ των ατόμων ανεξαρτήτως της εθνικής ή φυλετικής τους καταγωγής, των θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεών τους, την αναπηρία, την ηλικία ή το σεξουαλικό προσανατολισμό τους. Με την υιοθέτηση του νόμου 3304/2005 η ελληνική νομοθεσία εναρμονίστηκε με το ευρωπαϊκό δίκαιο στα θέματα διακρίσεων και ίσης μεταχείρισης. Στα πλαίσια αυτής της εναρμόνισης προβλέπεται η ανάθεση της υπεράσπισης της αρχής της ίσης μεταχείρισης σε θεσμικά όργανα όπως ο Συνήγορος του Πολίτη, η Επιτροπή για την Ίση Μεταχείριση του Υπουργείου Δικαιοσύνης και στον τομέα της απασχόλησης και εργασίας το σώμα Επιθεώρησης Εργασίας.

Παρόλ'αυτά, πολλά θέματα που αφορούν την υγεία των μεταναστών - όπως η πρόσβαση των μεταναστών «χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα» στο σύστημα υγείας, η ιατρική εκτίμηση, κατά την υποδοχή, των μεταναστών και αιτούντων ασύλου, η μέριμνα για τους ασυνόδευτους ανηλίκους - παραμένουν ιδιαίτερα πιεστικά και για την αντιμετώπισή τους απαιτείται η υιοθέτηση μέτρων στα πλαίσια μιας συντονισμένης μεταναστευτικής πολιτικής.

3.4.2. Η αναγκαιότητα και ο ρόλος του διαπολιτισμικού διαμεσολαβητή στις υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης.

Οι σύγχρονες κοινωνίες είναι πολυπολιτισμικές και απαρτίζονται από πληθυσμιακές ομάδες, που διαφέρουν όχι μόνο ως προς τη γλώσσα, τη θρησκεία, τις αξίες, τις οικογενειακές σχέσεις, αλλά και ως προς τις απόψεις σχετικά με την υγεία, τη περίθαλψη και την θεραπεία.

Ο διαπολιτισμικός διαμεσολαβητής αποτελεί τον «συνδετικό κρίκο» μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του μετανάστη-πρόσφυγα, ενώ η δυνατότητά του να συνεισφέρει στη γρήγορη ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ τους λειτουργεί ως γεφύρωση του χάσματος που δημιουργείται από τις πολιτισμικές, γλωσσικές και φυλετικές διαφορές. Συνεπώς ο ρόλος του είναι αναγκαίος και καθοριστικός.

Ειδικότερα, στο τομέα της υγείας, το θέμα είναι η αλληλεπίδραση όσο και η επαφή μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών διαφορετικής κουλτούρας. Είναι εμφανές ότι το συγκεκριμένο ζήτημα σε ένα περιβάλλον τόσο ευαίσθητο και επιρρεπές σε άγχος προκαλεί διάφορες προκλήσεις. Οι γλωσσικές διαφορές επηρεάζουν κατά ένα πολύ μεγάλο βαθμό την επικοινωνία στον τομέα της υγείας: έλλειψη κατανόησης ή η παρερμηνεία των γλωσσικών εκφράσεων μπορεί να οδηγήσει σε επικοινωνιακή αποτυχία και επικίνδυνες καταστάσεις. Ορισμένες φορές αυτό που συμβαίνει είναι οι ασθενείς να μη μπορούν να περιγράψουν τα συμπτώματα στους γιατρούς, έτσι καθιστώντας την διαδικασία της ίασης δύσκολη υπόθεση. Συνακόλουθα, ο γιατρός δεν είναι σίγουρος ότι έχει κατανοήσει πλήρως τα συμπτώματα και ο ασθενής είναι αβέβαιος για τις οδηγίες που πρέπει να ακολουθήσει. Επίσης, οι γλωσσικές και οι πολιτισμικές ασυνεννοησίες δημιουργούν διαπολιτισμικές εντάσεις και συγκρουσιακές καταστάσεις, που το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό καθώς και η διοίκηση του νοσοκομείου δεν είναι σε θέση να διαχειριστούν.

Ο ρόλος λοιπόν του διαπολιτισμικού διαμεσολαβητή στην υγεία στοχεύει:

✓ Στην βελτίωση της επικοινωνίας ανάμεσα στους αλλοδαπούς ασθενείς, στις οικογένειές τους και στους επαγγελματίες υγείας.

- ✓ Στην ευαισθητοποίηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, στη σπουδαιότητα του διαπολιτισμικού διαλόγου και στην καλλιέργεια υγιούς περιέργειας για την κουλτούρα του άλλου.
- ✓ Στη βοήθεια και στην αναγνώριση των κινδύνων ασυνεννοησίας και των παγίδων των στερεοτύπων και των προκαταλήψεων.
- ✓ Στην ενημέρωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά στα πολιτισμικά και θρησκευτικά χαρακτηριστικά των αλλοδαπών ασθενών.
- ✓ Στην ενημέρωση των αλλοδαπών ασθενών γύρω από θέματα υγείας στη χώρα υποδοχής.
- ✓ Στη συνοδεία των ασθενών στις απαραίτητες διαδικασίες που συνεπάγεται η είσοδος στο νοσοκομείο.
- ✓ Στη συζήτηση και συμπαράσταση στον ασθενή.
- ✓ Στην πλήρη μετάφραση των μηνυμάτων από τους ιατρούς.

Ο διαπολιτισμικός διαμεσολαβητής διαφυλάττει την αξιοπρέπεια του ασθενούς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ανεξάρτητα από την κοινωνική, πολιτισμική, φιλοσοφική και θρησκευτική προέλευσή του. Επίσης προβλέπει πιθανές κρίσεις, που μπορεί να προέλθουν από παρεξηγήσεις σε περιπτώσεις αποτυχημένης επικοινωνίας, ενώ τέλος αναλαμβάνει την πρόσβαση του ασθενούς σε μια ολοκληρωμένη διαδικασία φροντίδας και πλήρους ενημέρωσης.

Όσον αφορά στους επαγγελματίες υγείας ο διαπολιτισμικός διαμεσολαβητής μειώνει τις εντάσεις και βοηθά στην αποφυγή στρεσογόνων καταστάσεων, προερχομένων από πολιτισμικές παρεξηγήσεις. Επίσης ενθαρρύνει το προσωπικό για επικοινωνιακή συμμετοχή σε πολυπολιτισμικά περιβάλλοντα.

Οι δραστηριότητες των διαπολιτισμικών διαμεσολαβητών που αφορούν τους ασθενείς συνοψίζονται στα κάτωθι:

- ✓ Συνοδεύουν τον ασθενή που δε γνωρίζει τη γλώσσα.
- ✓ Βοηθούν την οικογένεια του ασθενούς.
- ✓ Αναλαμβάνουν τη μετάφραση των φυλλαδίων που απευθύνονται στους ασθενείς στις γλώσσες που ομιλούνται περισσότερο.

✓ Ενημερώνονται από τους ίδιους τους ασθενείς για την ομαλή ή όχι παραμονή τους στο νοσοκομείο.

Τέλος, οι δραστηριότητες των διαπολιτισμικών διαμεσολαβητών που αφορούν τους εργαζόμενους στο τομέα της υγείας γενικότερα συνοψίζονται στα παρακάτω:

✓ Επεμβαίνουν σε συγκρούσεις που προέρχονται από επικοινωνιακά προβλήματα τα οποία οφείλονται στις διαφορετικές πολιτισμικές αναπαραστάσεις.

✓ Βοηθούν τους εργαζομένους να προβληματιστούν γύρω από το ρόλο του θεράποντα και πώς αυτός ο ρόλος γίνεται αντιληπτός σε σχέση με τις διαφορετικές κουλτούρες.

✓ Βοηθούν τους εργαζομένους να αναγνωρίσουν το πολιτισμικό τους πλαίσιο αναφοράς, σχετικά με τις έννοιες του θανάτου, της αρρώστιας, του πένθους, τους πόνου μέσα στη ζωή.

✓ Οργανώνουν συνέδρια, σεμινάρια και γράφουν άρθρα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ "ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ" & "ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ"

4.1. Μεθοδολογία.

Για το ερευνητικό κομμάτι της παρούσης πτυχιακής εργασίας χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια τα οποία σχεδιάστηκαν από τους συντάκτες της παρούσης πτυχιακής εργασίας υπό την καθοδήγηση της επιβλέπουσας καθηγήτριας.

Η χρήση του ερωτηματολογίου ως μεθόδου συλλογής πληροφοριών-δεδομένων επιλέχθηκε με κριτήριο την καταλληλότητα της συγκεκριμένης μεθόδου για την συλλογή δεδομένων για αυτήν την έρευνα. Άλλωστε ένα από τα πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης τεχνικής συλλογής πληροφοριών είναι ότι μπορεί να συλλέξει εύκολα, γρήγορα και οικονομικά τα δεδομένα που ερευνώνται.

Ο τύπος των ερωτήσεων που επιλέχθηκε περιλαμβάνει τη διατύπωση και κλειστού τύπου ερωτήσεων(οι περισσότερες), αλλά και ανοικτού. Το ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε περιλαμβάνει πολλές κύριες ερωτήσεις οι οποίες αποτελούνται από πολλά υπο-ερωτήματα. Η κατηγορία των ερωτήσεων είναι και διχοτομικής επιλογής (π.χ. Άνδρας-γυναίκα) και πολλαπλής επιλογής (π.χ. Πάρα πολύ, Πολύ, Λίγο, Καθόλου).

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση και η καταγραφή του φαινομένου της διαπολιτισμικής επικοινωνίας στα πλαίσια του Συστήματος Υγείας με επίκεντρο τους αλλοδαπούς ασθενείς ανάμεσα στο ιδιωτικό και το δημόσιο νοσοκομείο.

Το δείγμα αποτελείται από γιατρούς και νοσηλευτές σε 2 νοσοκομεία της Αθήνας. Η έρευνα έγινε στο Δημόσιο Νοσοκομείο "Αγία Όλγα", στο οποίο απάντησαν 29 νοσηλευτές και γιατροί και στο Ιδιωτικό Νοσοκομείο "Ερρίκος Ντυνάν" στο οποίο απάντησαν 51 νοσηλευτές και γιατροί. Η σύνθεση του δείγματος κάλυψε μεγάλο αριθμό ειδικοτήτων (παθολόγοι, λοιμωξιολόγοι, νευρολόγοι, αιματολόγοι, γενικοί χειρουργοί, αγγειοχειρουργοί, ουρολόγοι, ορθοπαιδικοί, οφθαλμίατροι, ωτορινολαρυγγολόγοι, οδοντίατροι, αναισθησιολόγοι κ.λπ.) και με διάφορες θέσεις (Διευθυντές, Αν.διευθυντές, Επιμελητές Α', Επιμελητές Β'). Η επιλογή αυτή είχε ως σκοπό να προσεγγίσει τα χαρακτηριστικά ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος.

Ο Πληθυσμός (Population - Sample Space) ο οποίος μελετάται: είναι το σύνολο, των στοιχείων τα οποία εξετάζονται ως προς ένα ή περισσότερα χαρακτηριστικά τους. Ο πληθυσμός είναι συνολικά (total) 80.

Κατά την ανάλυση εξετάζεται η Συχνότητα (Frequency) δηλαδή το πλήθος των παρατηρήσεων εμφάνισης μίας τιμής x_i της μεταβλητής X . Παράλληλα, εξετάζεται το ποσοστό συμμετοχής της μεταβλητής x_i (Percent) στο συνολικό πλήθος των παρατηρήσεων.

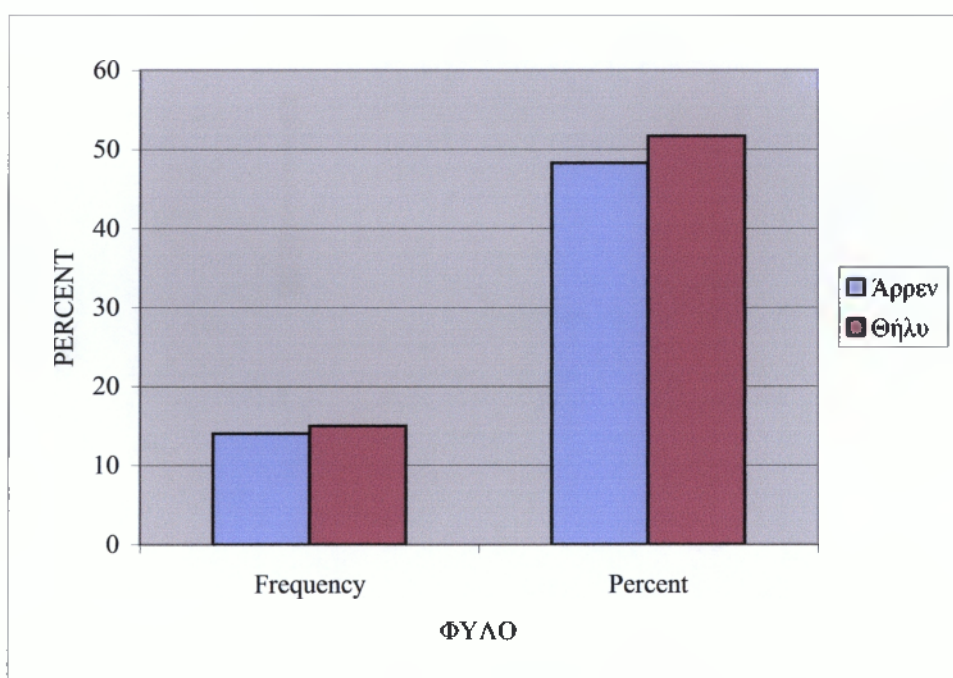
Το έγκυρο % ποσοστό εμφάνισης της κάθε τιμής (στο σύνολο των μη χαμένων- έγκυρων (valid) τιμών) είναι το Valid Percent. Ενώ, το αθροιστικό ποσοστό της κάθε τιμής (στο σύνολο των μη χαμένων- έγκυρων (valid) τιμών) είναι το Cumulative percent.

4.2. Έρευνα στο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας "ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ"

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΦΥΛΟ

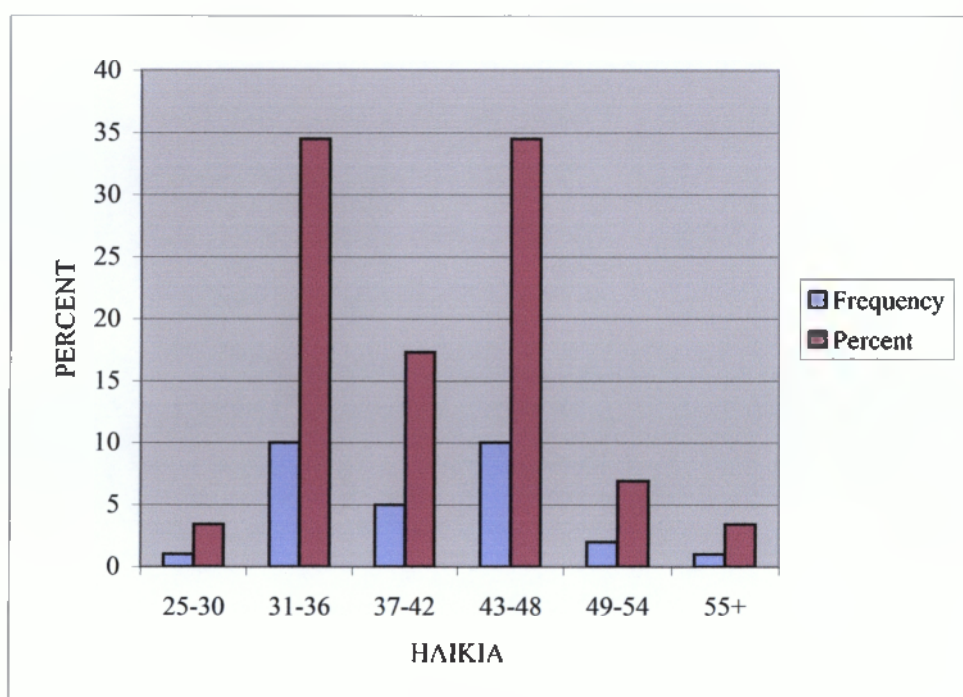
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Άρρεν	14	48,3	48,3	48,3
	Θήλυ	15	51,7	51,7	100,0
	Total	29	100,0	100,0	



Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν γυναίκες.

ΗΛΙΚΙΑ

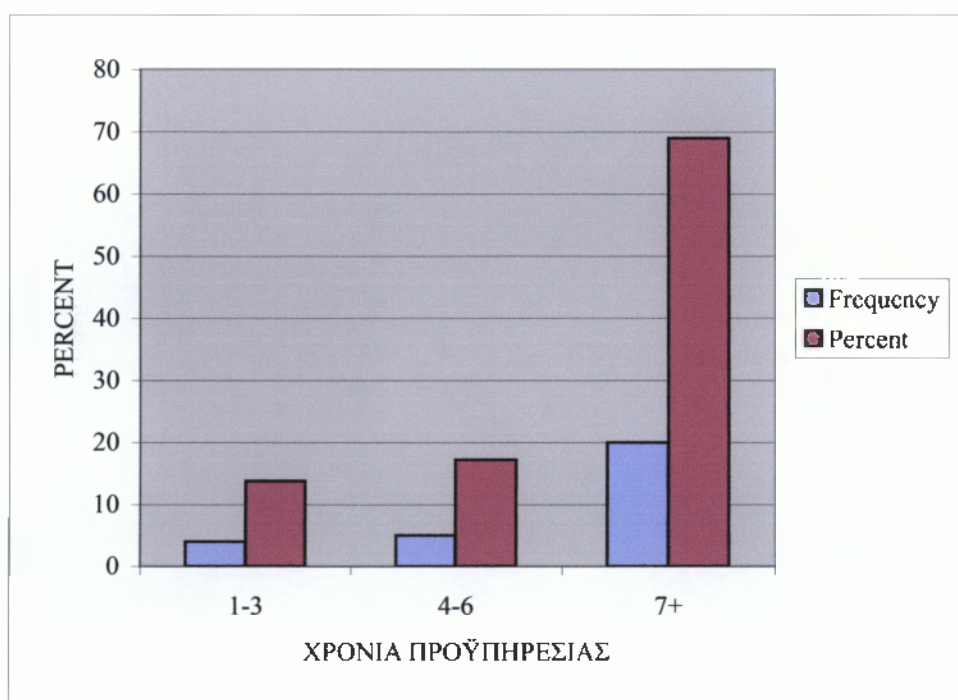
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	25-30	1	3,4	3,4	3,4
	31-36	10	34,5	34,5	37,9
	37-42	5	17,3	17,3	55,2
	43-48	10	34,5	34,5	89,7
	49-54	2	6,9	6,9	96,6
	55+	1	3,4	3,4	100,0
	Total	29	100,0	100,0	



Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν ηλικίας 31-36 και 43-48 ετών.

ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ

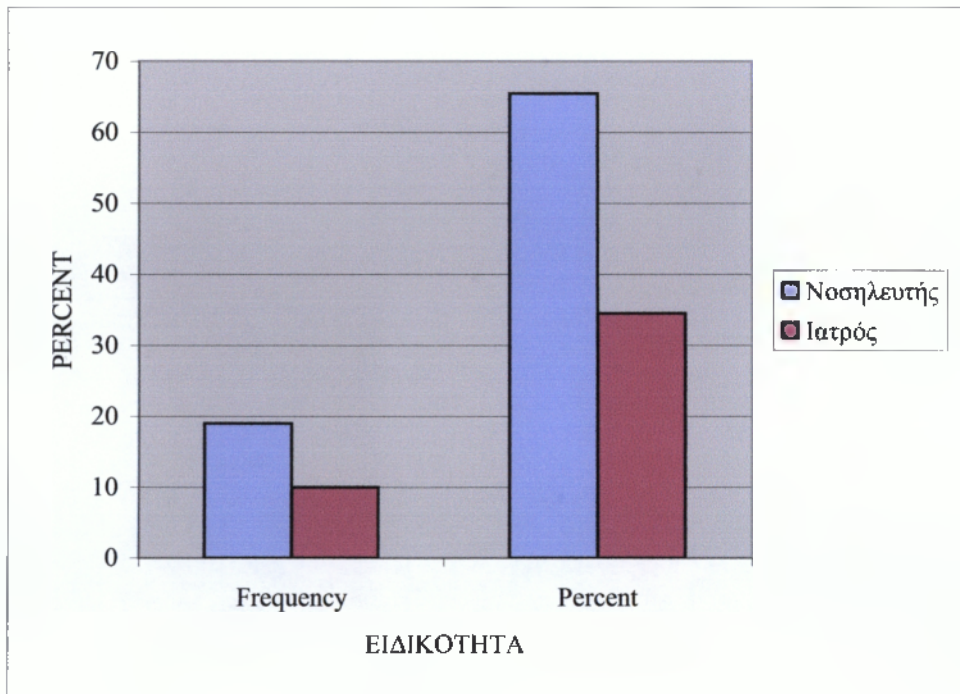
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	1-3	4	13,8	13,8	13,8
	4-6	5	17,2	17,2	31,0
	7+	20	69,0	69,0	100,0
	Total	29	100,0	100,0	



Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν πάνω από 7 χρόνια προϋπηρεσίας.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Νοσηλεύτης	19	65,5	65,5	65,5
	Ιατρός	10	34,5	34,5	100,0
	Total	29	100,0	100,0	



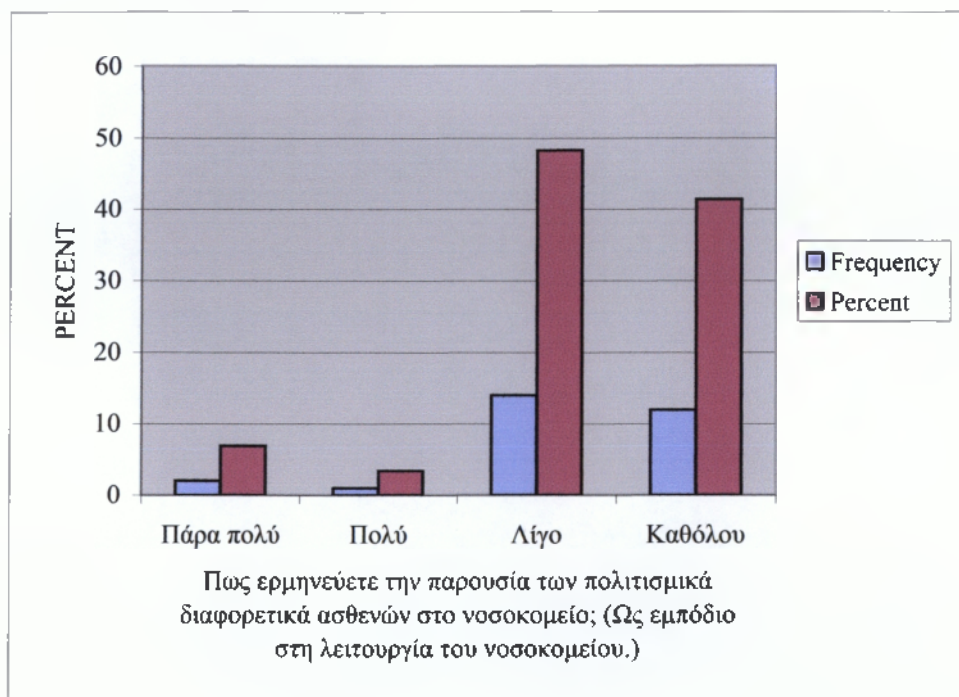
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν νοσηλεύτες.

1. Πως ερμηνεύετε την παρουσία των πολιτισμικά διαφορετικά ασθενών στο νοσοκομείο;

α) Ως εμπόδιο στη λειτουργία του νοσοκομείου.

Πως ερμηνεύετε την παρουσία των πολιτισμικά διαφορετικά ασθενών στο νοσοκομείο; (Ως εμπόδιο στη λειτουργία του νοσοκομείου.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	2	6,9	6,9	6,9
	Πολύ	1	3,4	3,4	10,3
	Λίγο	14	48,3	48,3	58,6
	Καθόλου	12	41,4	41,4	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

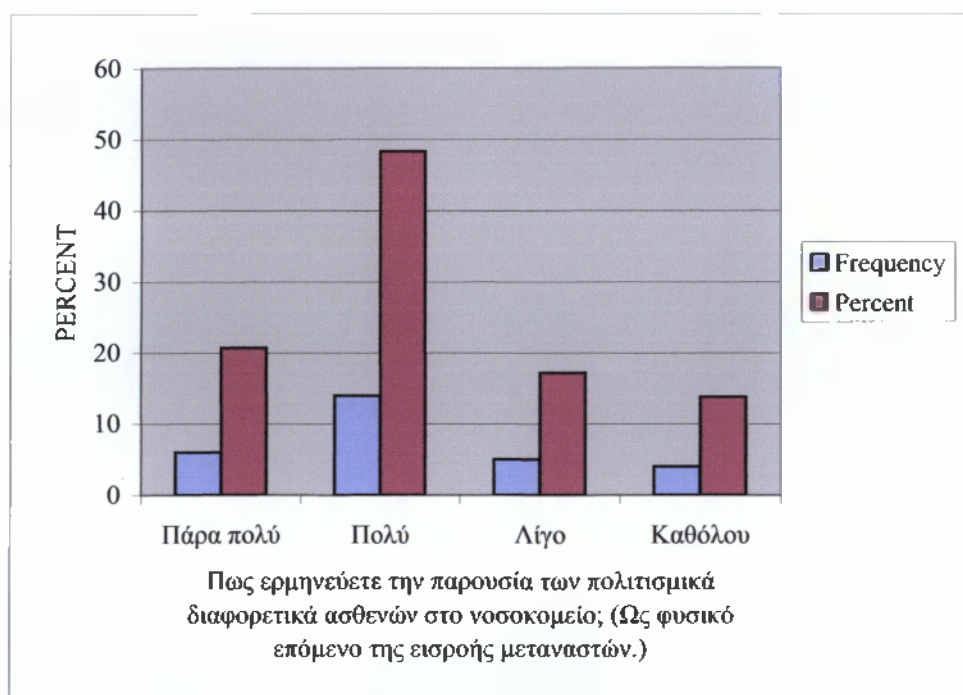


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, θεωρούν ότι η παρουσία των πολιτισμικά διαφορετικών ασθενών εμποδίζει σε μικρό βαθμό τη λειτουργία του νοσοκομείου.

β) Ως φυσικό επόμενο της εισροής μεταναστών.

Πως ερμηνεύετε την παρουσία των πολιτισμικά διαφορετικά ασθενών στο νοσοκομείο; (Ως φυσικό επόμενο της εισροής μεταναστών.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	6	20,7	20,7	20,7
	Πολύ	14	48,3	48,3	69,0
	Λίγο	5	17,2	17,2	86,2
	Καθόλου	4	13,8	13,8	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

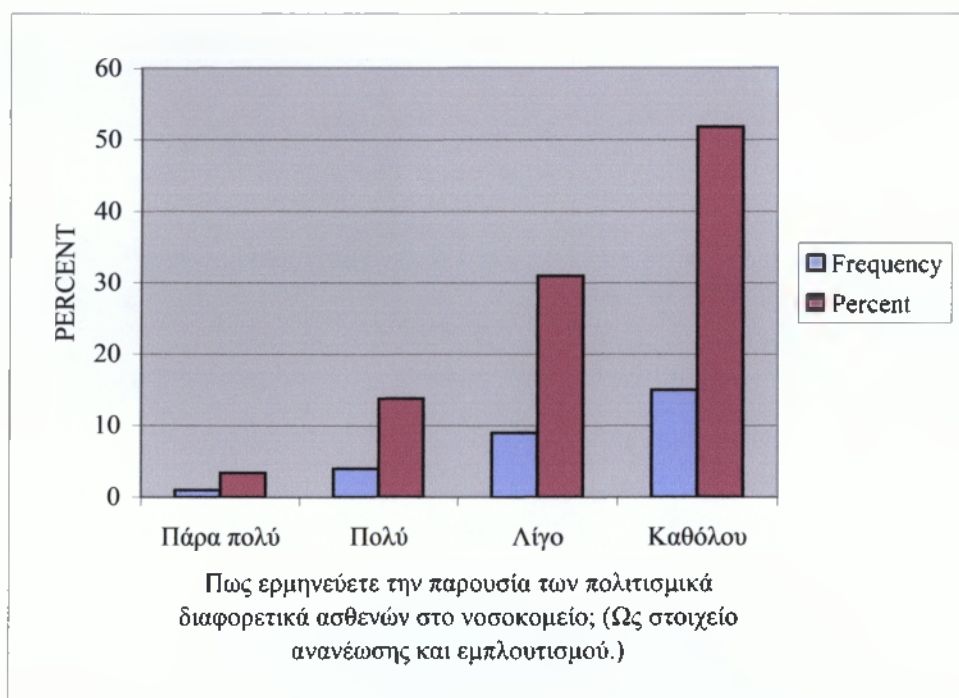


Το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, θεωρούν ότι η παρουσία των πολιτισμικά διαφορετικών ασθενών στο νοσοκομείο αποτελεί σε πολύ μεγάλο βαθμό συνέπεια της εισροής μεταναστών.

γ) Ως στοιχείο ανανέωσης και εμπλουτισμού.

Πως ερμηνεύετε την παρουσία των πολιτισμικά διαφορετικά ασθενών στο νοσοκομείο;
(Ως στοιχείο ανανέωσης και εμπλουτισμού.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	1	3,4	3,4	3,4
	Πολύ	4	13,8	13,8	17,2
	Λίγο	9	31,0	31,0	48,2
	Καθόλου	15	51,8	51,8	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

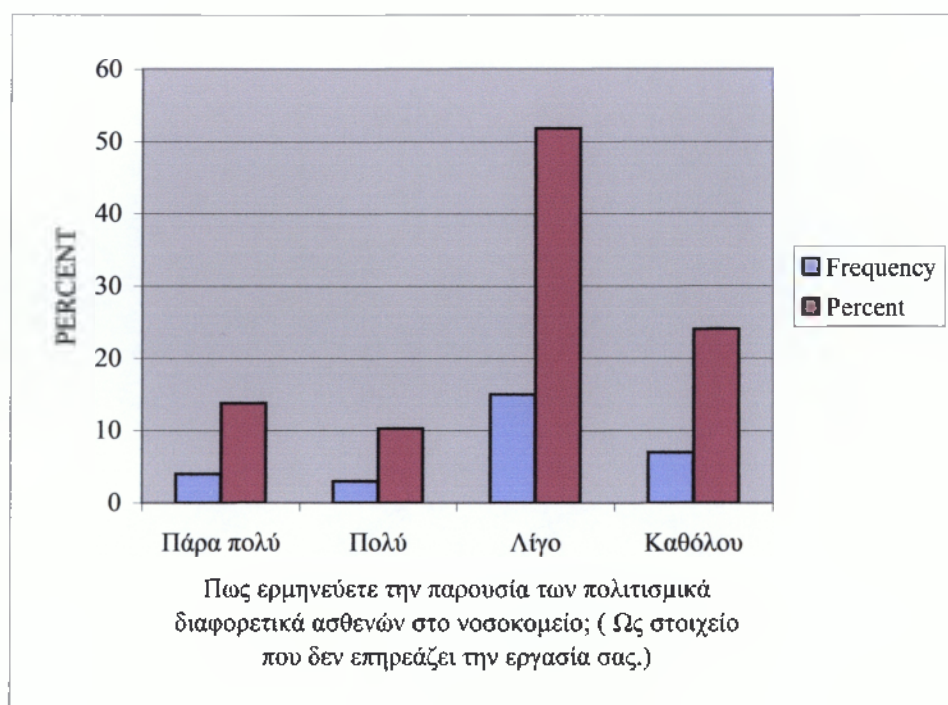


Το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, θεωρούν ότι η παρουσία των πολιτισμικά διαφορετικών ασθενών στο νοσοκομείο δεν αποτελεί καθόλου στοιχείο ανανέωσης και εμπλουτισμού.

δ) Ως στοιχείο που δεν επηρεάζει την εργασία σας.

Πως ερμηνεύετε την παρουσία των πολιτισμικά διαφορετικά ασθενών στο νοσοκομείο;
(Ως στοιχείο που δεν επηρεάζει την εργασία σας.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	4	13,8	13,8	13,8
	Πολύ	3	10,3	10,3	24,1
	Λίγο	15	51,8	51,8	75,9
	Καθόλου	7	24,1	24,1	100,0
	Total	29	100,0	100,0	



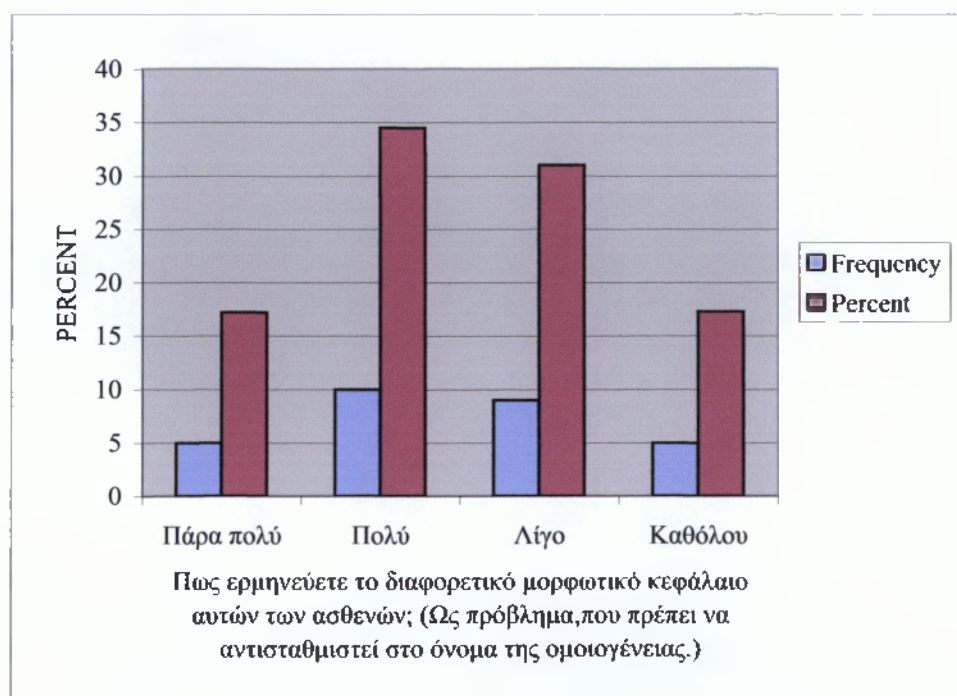
Το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, θεωρούν ότι η παρουσία των πολιτισμικά διαφορετικών ασθενών στο νοσοκομείο επηρεάζει σε μικρό βαθμό την εργασία τους.

2. Πως ερμηνεύετε το διαφορετικό μορφωτικό κεφάλαιο αυτών των ασθενών;

α) Ως πρόβλημα, που πρέπει να αντισταθμιστεί στο όνομα της ομοιογένειας.

Πως ερμηνεύετε το διαφορετικό μορφωτικό κεφάλαιο αυτών των ασθενών; (Ως πρόβλημα, που πρέπει να αντισταθμιστεί στο όνομα της ομοιογένειας.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	5	17,2	17,2	17,2
	Πολύ	10	34,5	34,5	51,7
	Λίγο	9	31,0	31,0	82,7
	Καθόλου	5	17,3	17,3	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

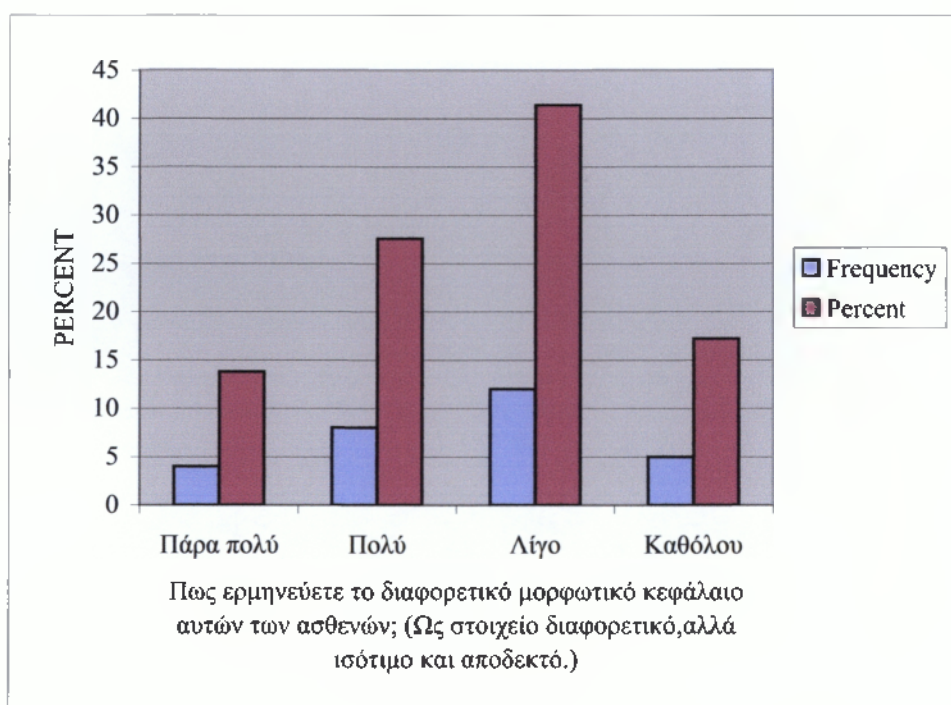


Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι το διαφορετικό μορφωτικό κεφάλαιο αυτών των ασθενών αποτελεί μεγάλο πρόβλημα, που πρέπει να αντισταθμιστεί στο όνομα της ομοιογένειας.

β) Ως στοιχείο διαφορετικό, αλλά ισότιμο και αποδεκτό.

Πως ερμηνεύετε το διαφορετικό μορφωτικό κεφάλαιο αυτών των ασθενών; (Ως στοιχείο διαφορετικό, αλλά ισότιμο και αποδεκτό.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	4	13,8	13,8	13,8
	Πολύ	8	27,6	27,6	41,4
	Λίγο	12	41,4	41,4	82,8
	Καθόλου	5	17,2	17,2	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

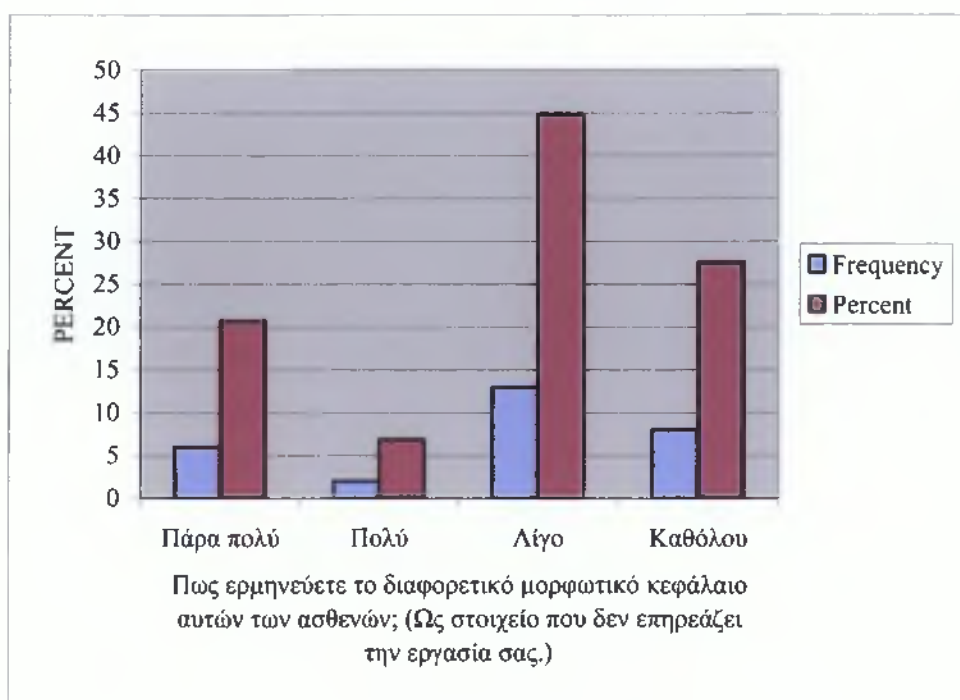


Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι το διαφορετικό μορφωτικό κεφάλαιο αυτών των ασθενών αποτελεί στοιχείο το οποίο είναι λίγο διαφορετικό, αλλά ισότιμο και αποδεκτό.

γ) Ως στοιχείο που δεν επηρεάζει την εργασία σας.

Πως ερμηνεύετε το διαφορετικό μορφωτικό κεφάλαιο αυτών των ασθενών; (Ως στοιχείο που δεν επηρεάζει την εργασία σας.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	6	20,7	20,7	20,7
	Πολύ	2	6,9	6,9	27,6
	Λίγο	13	44,8	44,8	72,4
	Καθόλου	8	27,6	27,6	100,0
	Total	29	100,0	100,0	



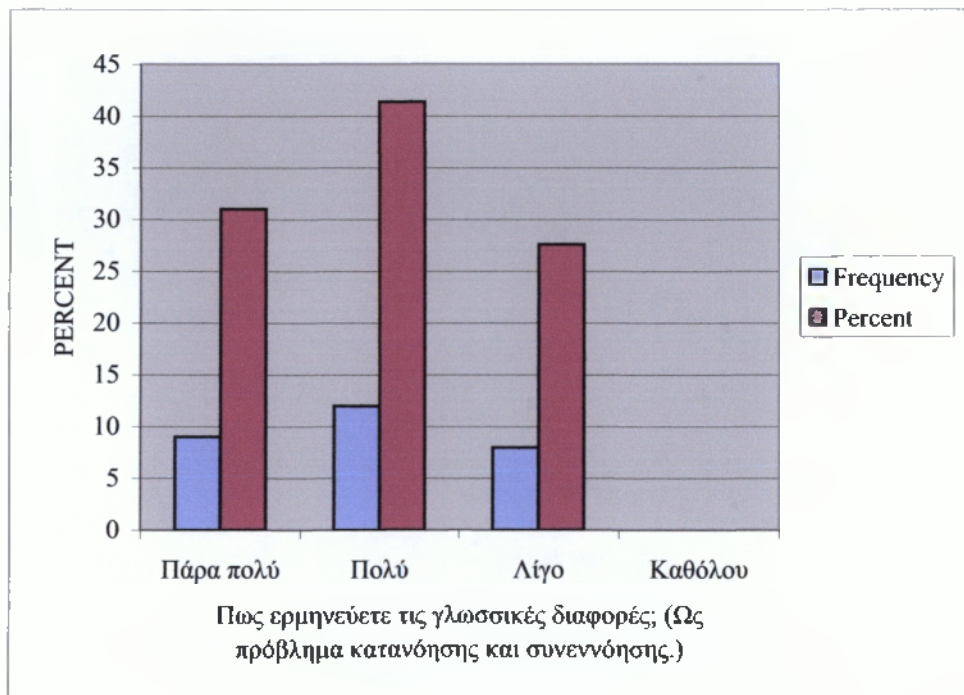
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι το διαφορετικό μορφωτικό κεφάλαιο αυτών των ασθενών είναι στοιχείο που επηρεάζει σε μικρό βαθμό την εργασία τους.

3. Πως ερμηνεύετε τις γλωσσικές διαφορές;

α) Ως πρόβλημα κατανόησης και συνεννόησης.

Πως ερμηνεύετε τις γλωσσικές διαφορές; (Ως πρόβλημα κατανόησης και συνεννόησης.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	9	31,0	31,0	31
	Πολύ	12	41,4	41,4	72,4
	Λίγο	8	27,6	27,6	100,0
	Καθόλου	0,0	0,0	0,0	
	Total	29	100,0	100,0	



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί τις γλωσσικές διαφορές ως στοιχείο που δημιουργεί σε μεγάλο βαθμό πρόβλημα κατανόησης και συνεννόησης στην επικοινωνία.

β) Ως φυσικό επακόλουθο του τόπου προέλευσης.

Πως ερμηνεύετε τις γλωσσικές διαφορές; (Ως φυσικό επακόλουθο του τόπου προέλευσης.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	7	24,1	24,1	24,1
	Πολύ	13	44,9	44,9	69,0
	Λίγο	9	31,0	31,0	100,0
	Καθόλου	0	0,0	0,0	
	Total	29	100,0	100,0	

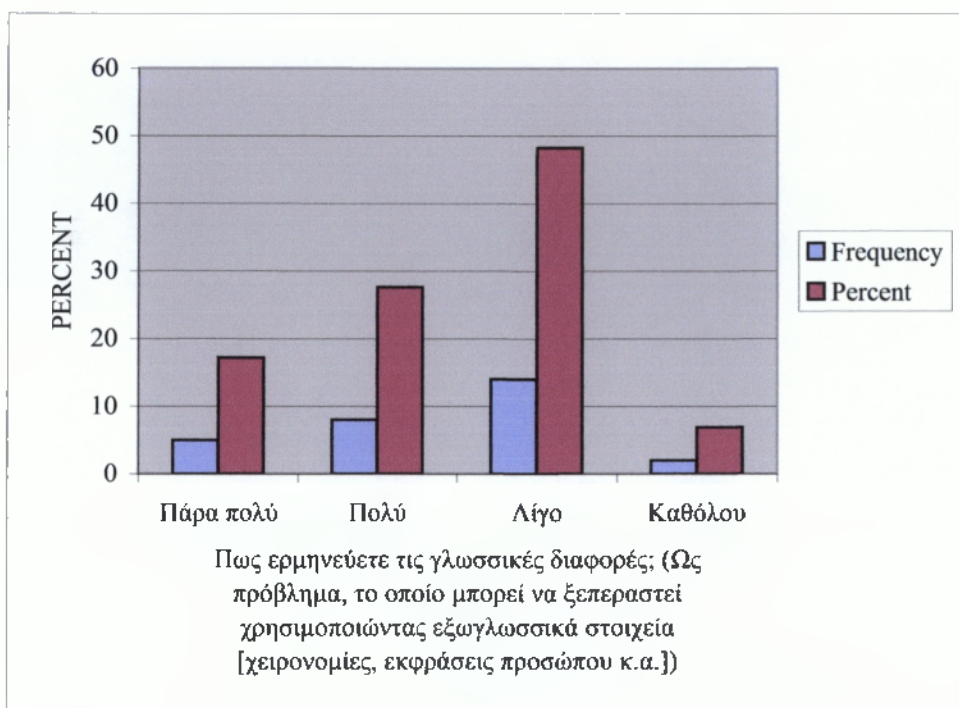


Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί τις γλωσσικές διαφορές ως στοιχείο που οφείλεται σε μεγάλο βαθμό ως φυσικό επακόλουθο του τόπου προέλευσης.

γ) Ως πρόβλημα, το οποίο μπορεί να ξεπεραστεί χρησιμοποιώντας εξωγλωσσικά στοιχεία (χειρονομίες, εκφράσεις προσώπου κ.α.)

Πως ερμηνεύετε τις γλωσσικές διαφορές; (Ως πρόβλημα, το οποίο μπορεί να ξεπεραστεί χρησιμοποιώντας εξωγλωσσικά στοιχεία [χειρονομίες, εκφράσεις προσώπου κ.α.]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	5	17,2	17,2	17,2
	Πολύ	8	27,6	27,6	44,8
	Λίγο	14	48,3	48,3	93,1
	Καθόλου	2	6,9	6,9	100,0
	Total	29	100,0	100,0	



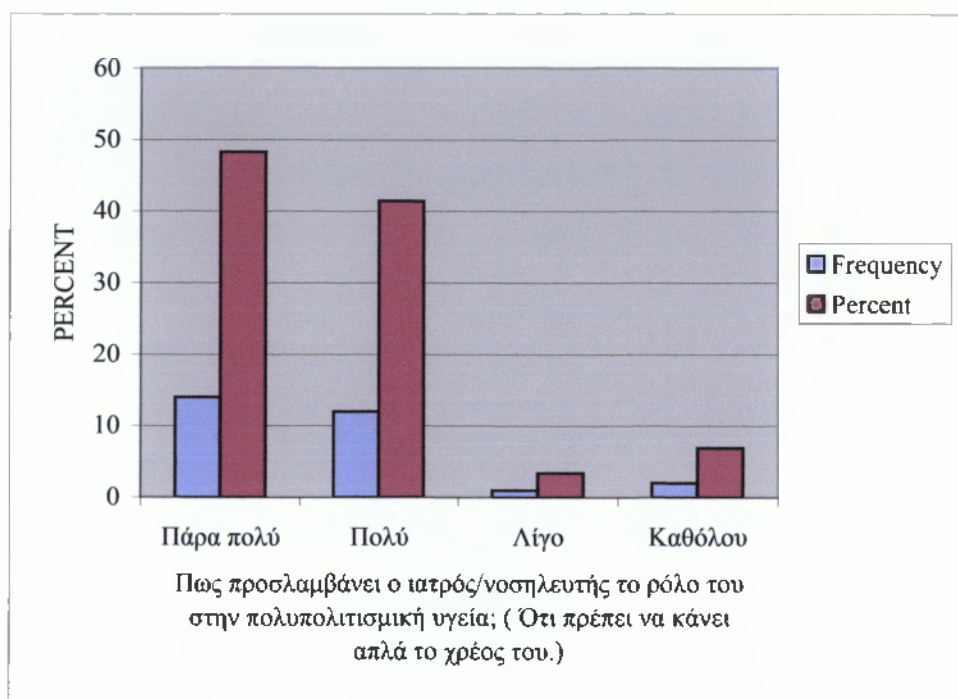
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων πιστεύει ότι οι γλωσσικές διαφορές αποτελούν πρόβλημα στην επικοινωνία η οποία μπορεί να ξεπεραστεί με χρήση εξωγλωσσικών στοιχείων (χειρονομίεςκ.λ.π).

4. Πως προσλαμβάνει ο ιατρός/νοσηλευτής το ρόλο του στην πολυπολιτισμική υγεία;

α) Ότι πρέπει να κάνει απλά το χρέος του.

Πως προσλαμβάνει ο ιατρός/νοσηλευτής το ρόλο του στην πολυπολιτισμική υγεία; (Ότι πρέπει να κάνει απλά το χρέος του.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	14	48,3	48,3	48,3
	Πολύ	12	41,4	41,4	89,7
	Λίγο	1	3,4	3,4	93,1
	Καθόλου	2	6,9	6,9	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

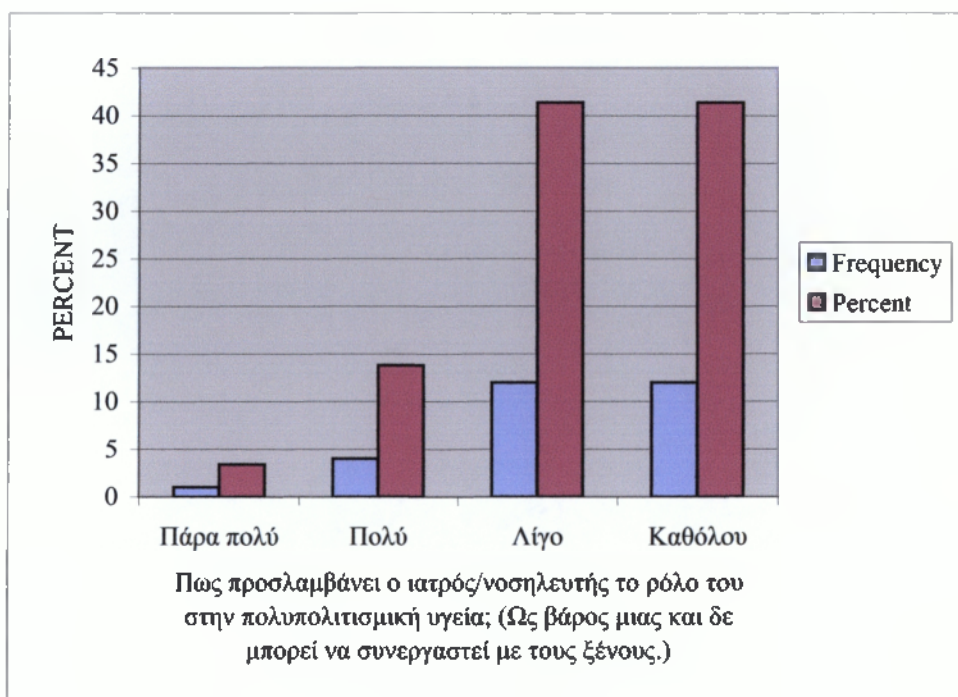


Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί το ρόλο του νοσηλευτή/ιατρού στην πολυπολιτισμική υγεία ότι σε σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό θα πρέπει να κάνει το χρέος του.

β) Ως βάρος μιας και δε μπορεί να συνεργαστεί με τους ξένους.

Πως προσλαμβάνει ο ιατρός/νοσηλεύτης το ρόλο του στην πολυπολιτισμική υγεία; (Ως βάρος μιας και δε μπορεί να συνεργαστεί με τους ξένους.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	1	3,4	3,4	3,4
	Πολύ	4	13,8	13,8	17,2
	Λίγο	12	41,4	41,4	58,6
	Καθόλου	12	41,4	41,4	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

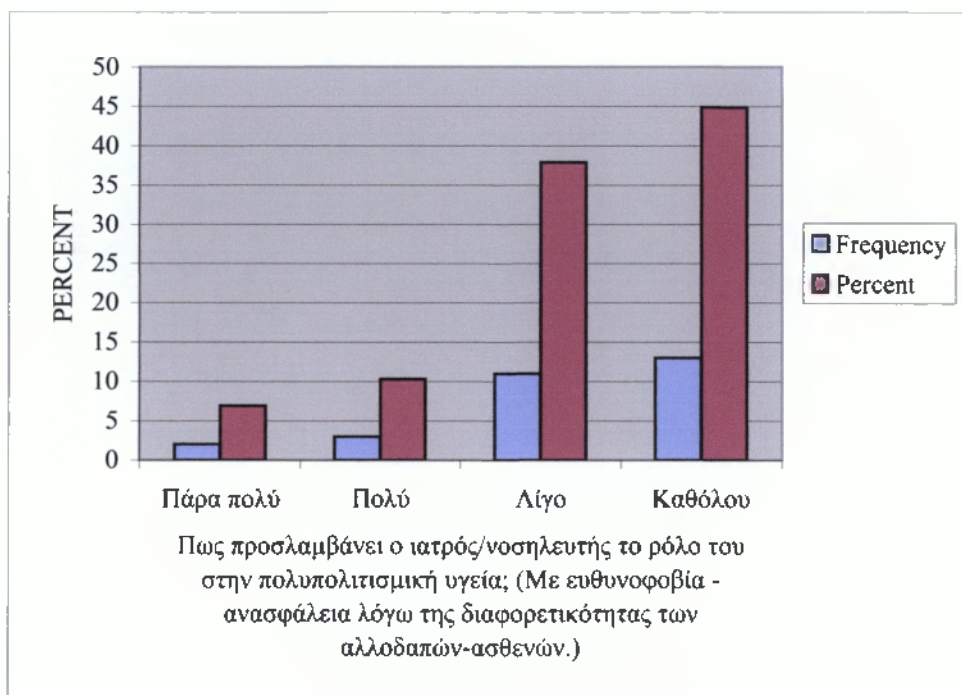


Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν πιστεύει ότι οι ξένοι είναι βάρος και ότι δεν μπορεί να συνεργαστεί μαζί τους.

γ) Με ευθυνοφοβία-ανασφάλεια λόγω της διαφορετικότητας των αλλοδαπών-ασθενών.

Πως προσλαμβάνει ο ιατρός/νοσηλευτής το ρόλο του στην πολυπολιτισμική υγεία;
(Με ευθυνοφοβία-ανασφάλεια λόγω της διαφορετικότητας των αλλοδαπών-ασθενών.)

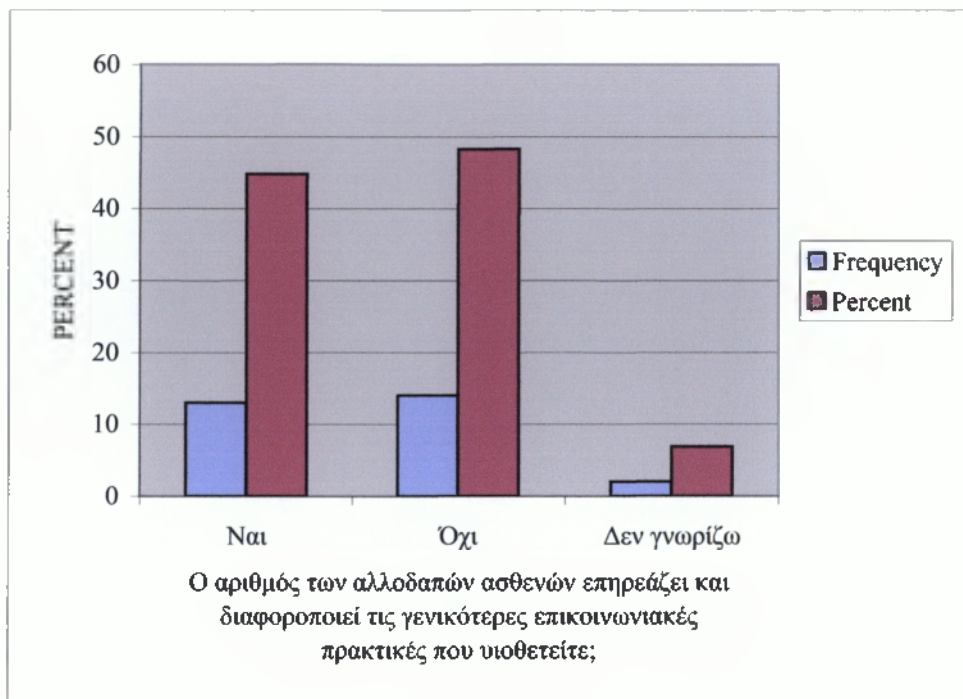
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	2	6,9	6,9	6,9
	Πολύ	3	10,3	10,3	17,2
	Λίγο	11	37,9	37,9	55,1
	Καθόλου	13	44,9	44,9	100,0
	Total	29	100,0	100,0	



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων βιώνει ότι δεν διακατέχεται από ευθυνοφοβία-ανασφάλεια λόγω της διαφορετικότητας των αλλοδαπών ασθενών.

5. Ο αριθμός των αλλοδαπών ασθενών επηρεάζει και διαφοροποιεί τις γενικότερες επικοινωνιακές πρακτικές που υιοθετείτε;

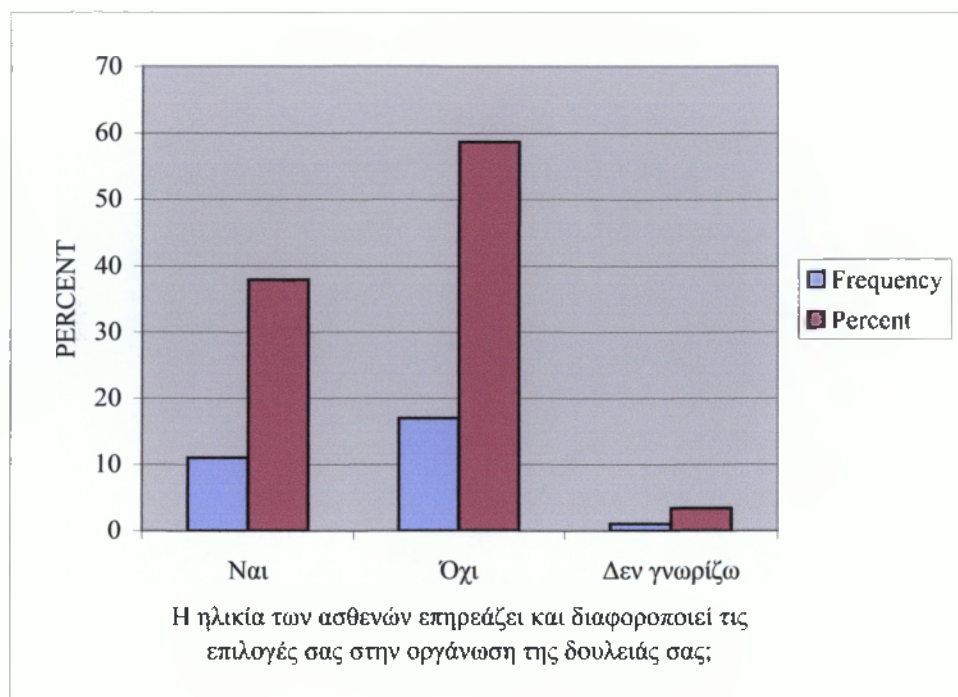
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Ναι	13	44,8	44,8	44,8
	Όχι	14	48,3	48,3	93,1
	Δεν γνωρίζω	2	6,9	6,9	100,0
	Total	29	100,0	100,0	



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων πιστεύει ότι ο αριθμός των αλλοδαπών ασθενών δεν επηρεάζει και δε διαφοροποιεί τις επικοινωνιακές πρακτικές της.

6. Η ηλικία των ασθενών επηρεάζει και διαφοροποιεί τις επιλογές σας στην οργάνωση της δουλειάς σας;

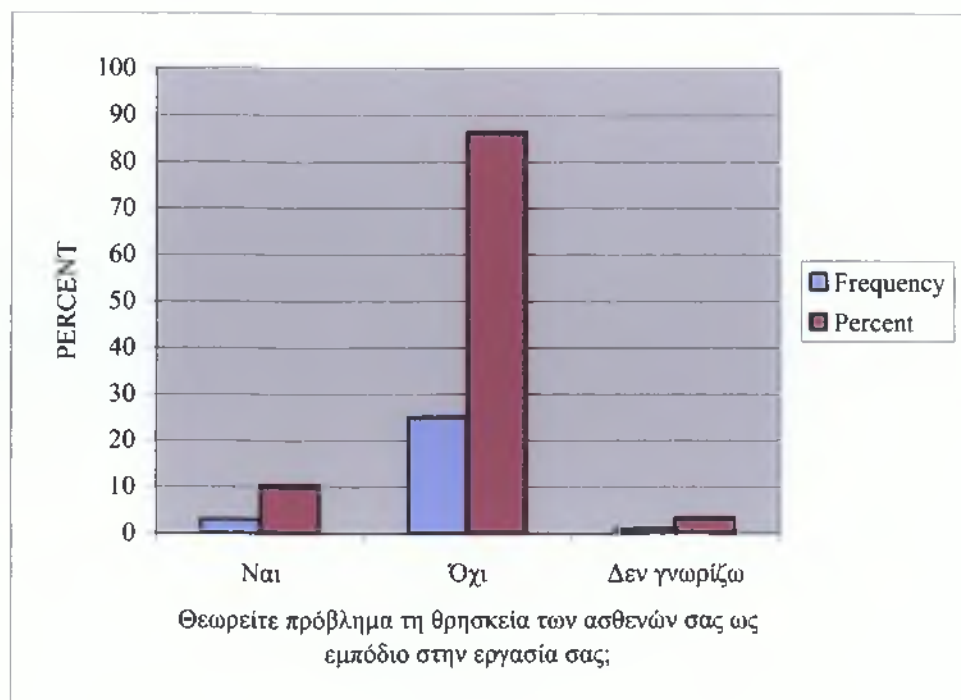
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Ναι	11	37,9	37,9	37,9
	Όχι	17	58,7	58,7	96,6
	Δεν γνωρίζω	1	3,4	3,4	100,0
	Total	29	100,0	100,0	



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων πιστεύει ότι η ηλικία των ασθενών δεν αποτελεί πρόβλημα στην οργάνωση της δουλειάς της.

7. Θεωρείτε πρόβλημα τη θρησκεία των ασθενών σας ως εμπόδιο στην εργασία σας;

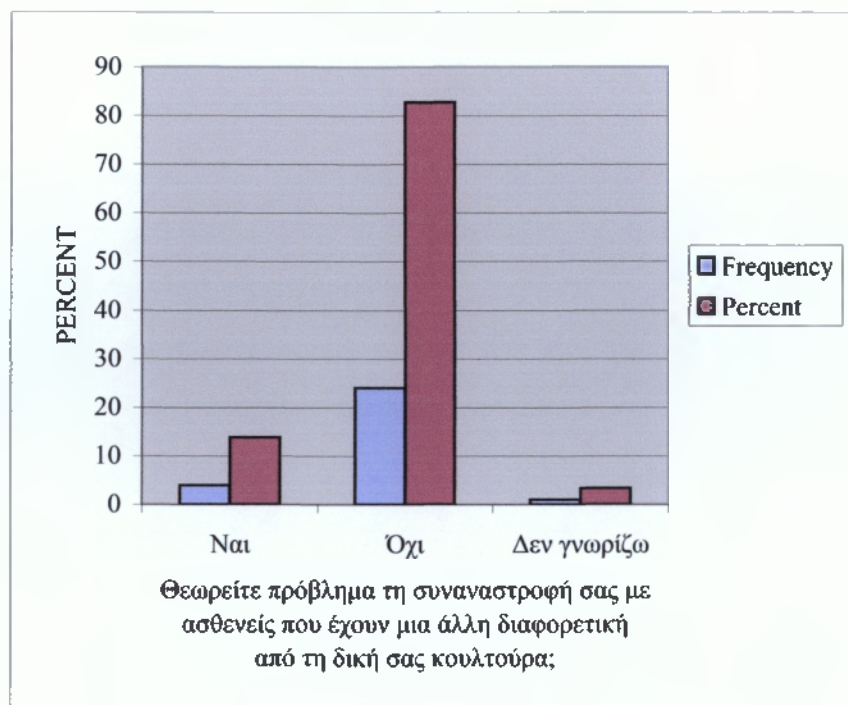
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Ναι	3	10,3	10,3	10,3
	Όχι	25	86,3	86,3	96,6
	Δεν γνωρίζω	1	3,4	3,4	100,0
	Total	29	100,0	100,0	



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δε θεωρεί ότι η θρησκεία των αλλοδαπών ασθενών αποτελεί εμπόδιο στην εργασία της.

8. Θεωρείτε πρόβλημα τη συναναστροφή σας με ασθενείς που έχουν μια άλλη διαφορετική από τη δική σας κουλτούρα;

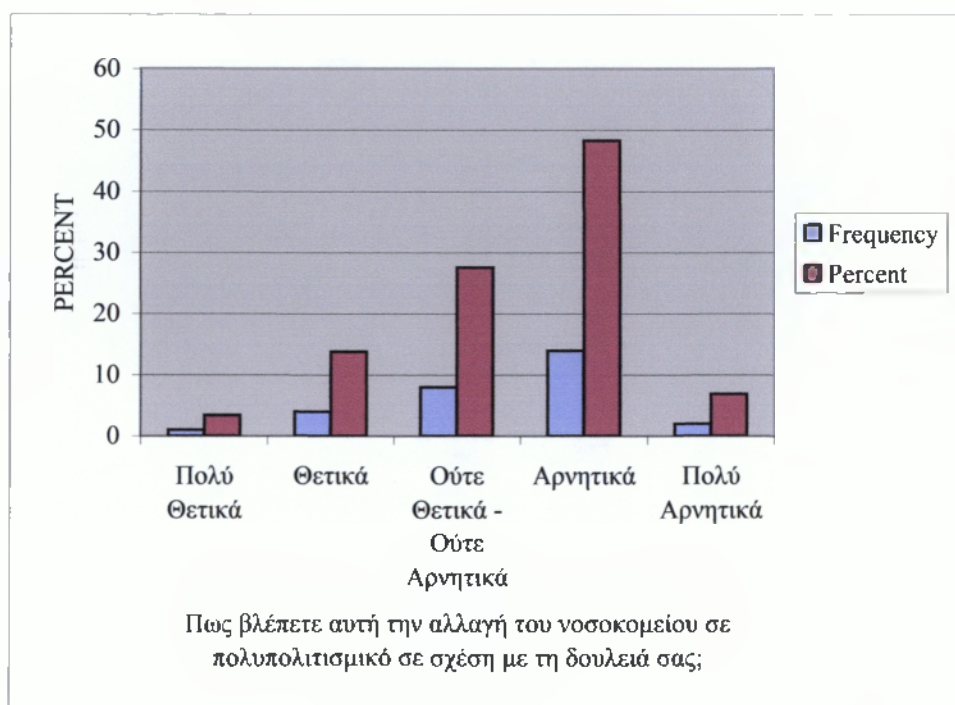
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Ναι	4	13,8	13,8	13,8
	Όχι	24	82,8	82,8	96,6
	Δεν γνωρίζω	1	3,4	3,4	100,0
	Total	29	100,0	100,0	



Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων δε θεωρεί τη συναναστροφή με ασθενείς διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης και κουλτούρας ως πρόβλημα στην άσκηση των καθηκόντων τους.

9. Πως βλέπετε αυτή την αλλαγή του νοσοκομείου σε πολυπολιτισμικό σε σχέση με τη δουλειά σας;

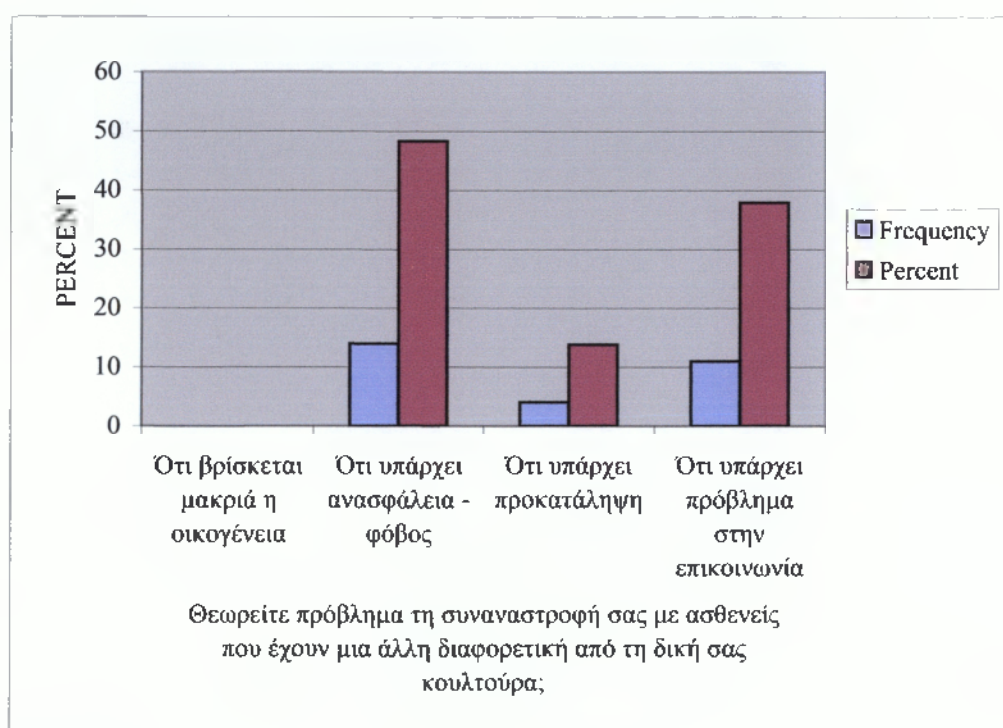
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πολύ Θετικά	1	3,4	3,4	3,4
	Θετικά	4	13,8	13,8	17,2
	Ούτε Θετικά - Ούτε Αρνητικά	8	27,6	27,6	44,8
	Αρνητικά	14	48,3	48,3	93,1
	Πολύ Αρνητικά	2	6,9	6,9	100,0
	Total	29	100,0	100,0	



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων διατηρεί μια αρνητική στάση σε σχέση με τη δουλειά της και την αλλαγή του νοσοκομείου σε πολυπολιτισμικό.

10. Ποιό θεωρείτε ότι είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα των αλλοδαπών ασθενών όταν βρίσκονται σε ένα ελληνικό νοσοκομείο;

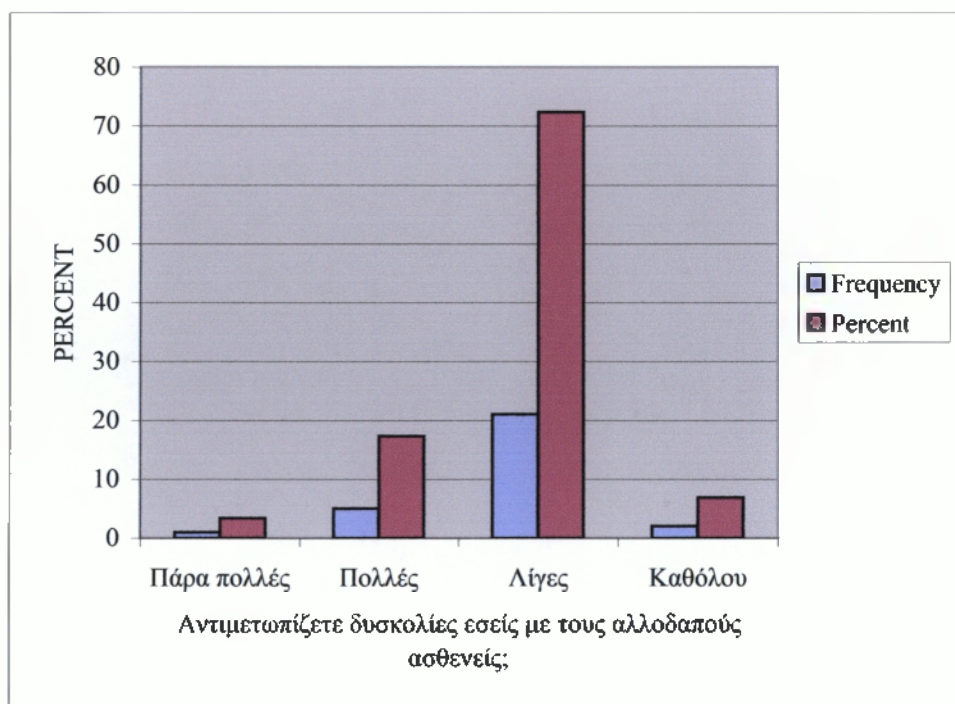
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Ότι βρίσκεται μακριά η οικογένεια	0	0,0	0,0	0,0
	Ότι υπάρχει ανασφάλεια - φόβος	14	48,3	48,3	48,3
	Ότι υπάρχει προκατάληψη	4	13,8	13,8	62,1
	Ότι υπάρχει πρόβλημα στην επικοινωνία	11	37,9	37,9	100,0
	Total	29	100,0	100,0	



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα των αλλοδαπών όταν βρίσκονται σε ελληνικό νοσοκομείο είναι ότι διακατέχεται από ανασφάλεια – φόβο.

11. Αντιμετωπίζετε δυσκολίες εσείς με τους αλλοδαπούς ασθενείς;

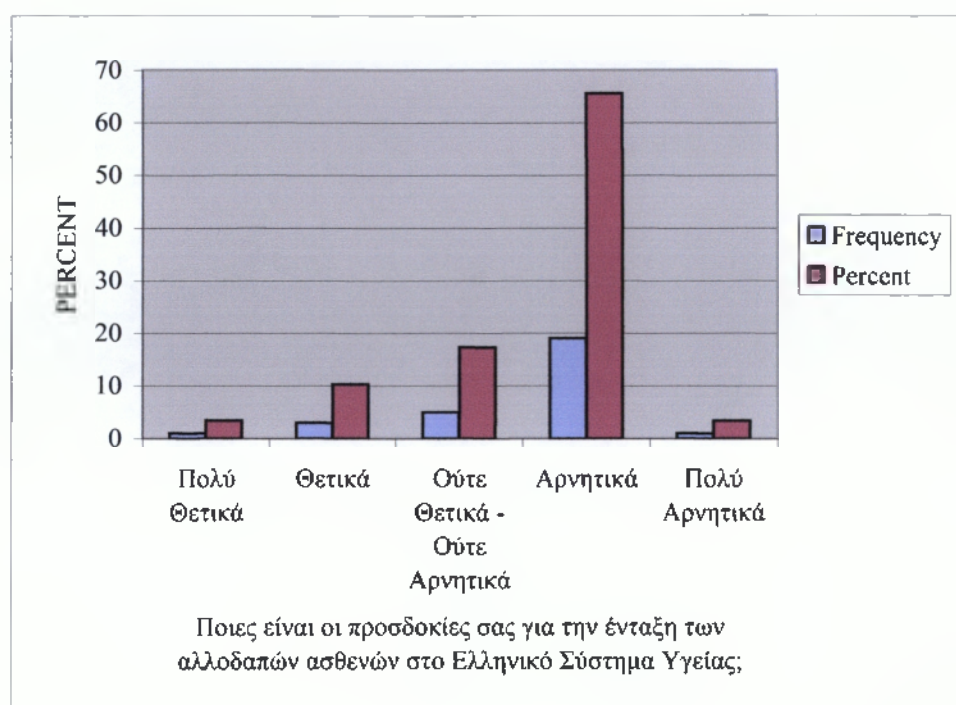
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολλές	1	3,4	3,4	3,4
	Πολλές	5	17,3	17,3	17,3
	Λίγες	21	72,4	72,4	92,6
	Καθόλου	2	6,9	6,9	100,0
	Total	29	100,0	100,0	



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων αντιμετωπίζει λίγες δυσκολίες με τους αλλοδαπούς ασθενείς.

12. Ποιες είναι οι προσδοκίες σας για την ένταξη των αλλοδαπών ασθενών στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας;

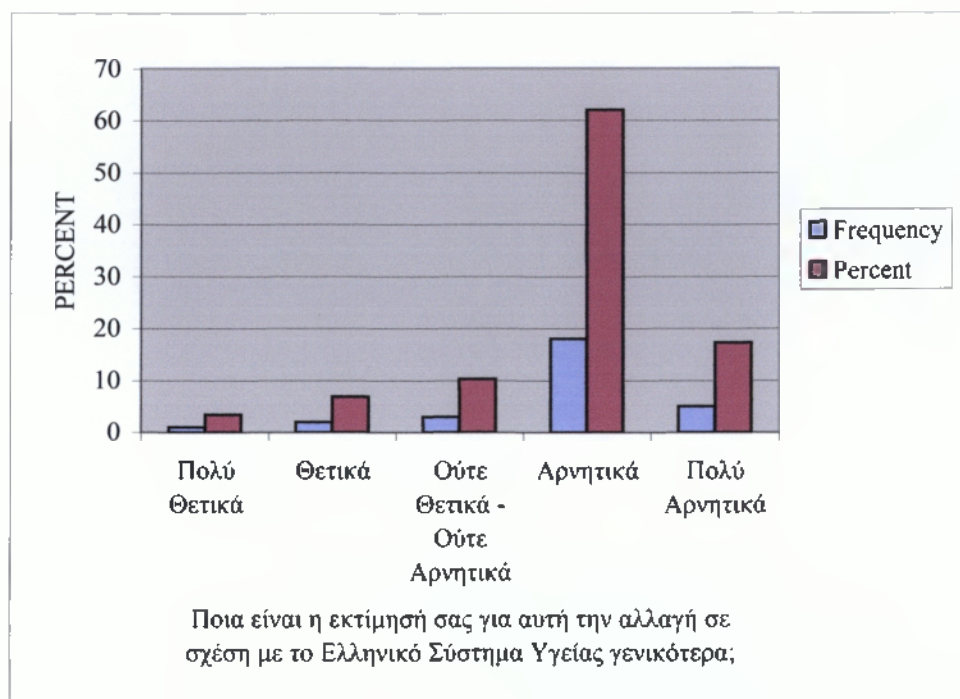
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πολύ Θετικά	1	3,4	3,4	3,4
	Θετικά	3	10,3	10,3	13,7
	Ούτε Θετικά - Ούτε Αρνητικά	5	17,3	17,3	31,0
	Αρνητικά	19	65,6	65,6	96,6
	Πολύ Αρνητικά	1	3,4	3,4	100,0
	Total	29	100,0	100,0	



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η ένταξη των αλλοδαπών ασθενών στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας θα αποβεί αρνητική.

13. Ποια είναι η εκτίμησή σας για αυτή την αλλαγή σε σχέση με το Ελληνικό Σύστημα Υγείας γενικότερα;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πολύ Θετικά	1	3,4	3,4	3,4
	Θετικά	2	6,9	6,9	10,3
	Ούτε Θετικά - Ούτε Αρνητικά	3	10,3	10,3	20,6
	Αρνητικά	18	62,1	62,1	82,7
	Πολύ Αρνητικά	5	17,3	17,3	100,0
	Total	29	100,0	100,0	



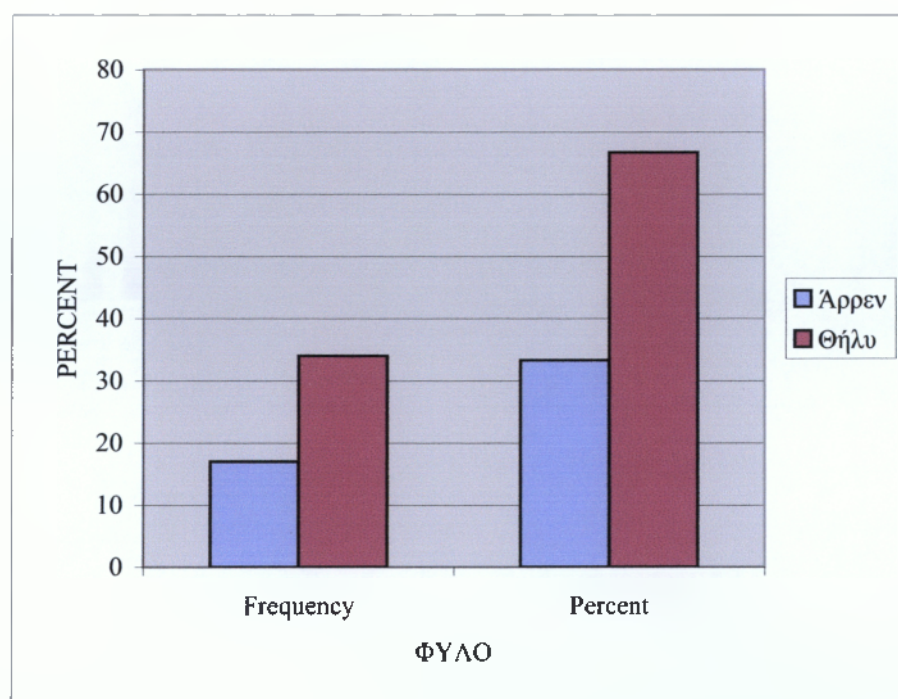
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι το Ελληνικό Σύστημα Υγείας θα επηρεαστεί αρνητικά από αυτή την αλλαγή.

4.3. Έρευνα στο Ιδιωτικό Νοσοκομείο "ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ"

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΦΥΛΟ

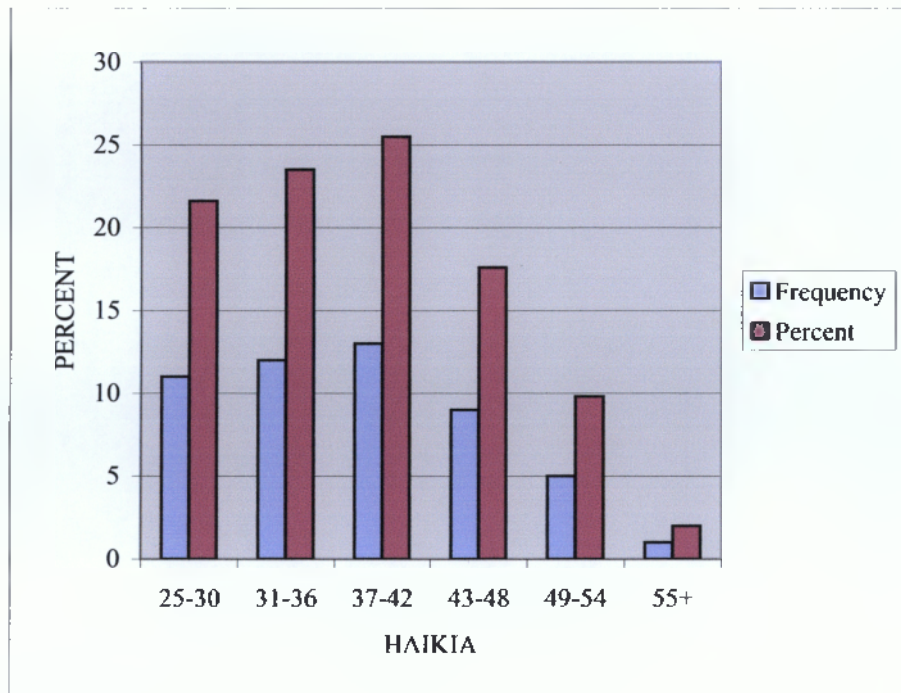
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Άρρεν	17	33,3	33,3	33,3
	Θήλυ	34	66,7	66,7	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν γυναίκες.

ΗΛΙΚΙΑ

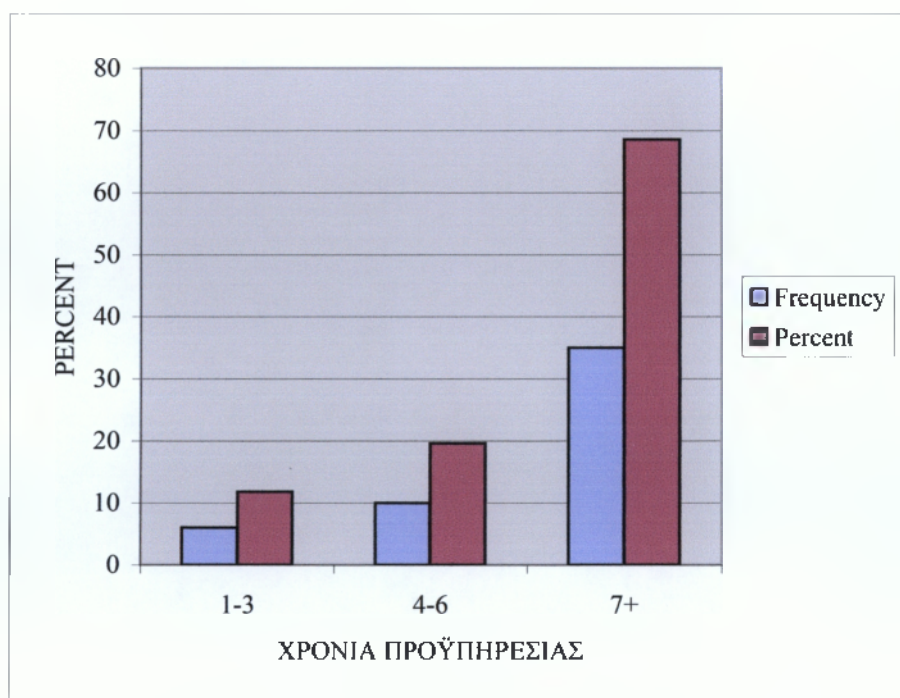
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	25-30	11	21,6	21,6	21,6
	31-36	12	23,5	23,5	45,1
	37-42	13	25,5	25,5	70,6
	43-48	9	17,6	17,6	88,2
	49-54	5	9,8	9,8	98,0
	55+	1	2,0	2,0	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν ηλικίας 37-42 ετών.

ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΥΨΗΡΕΣΙΑΣ

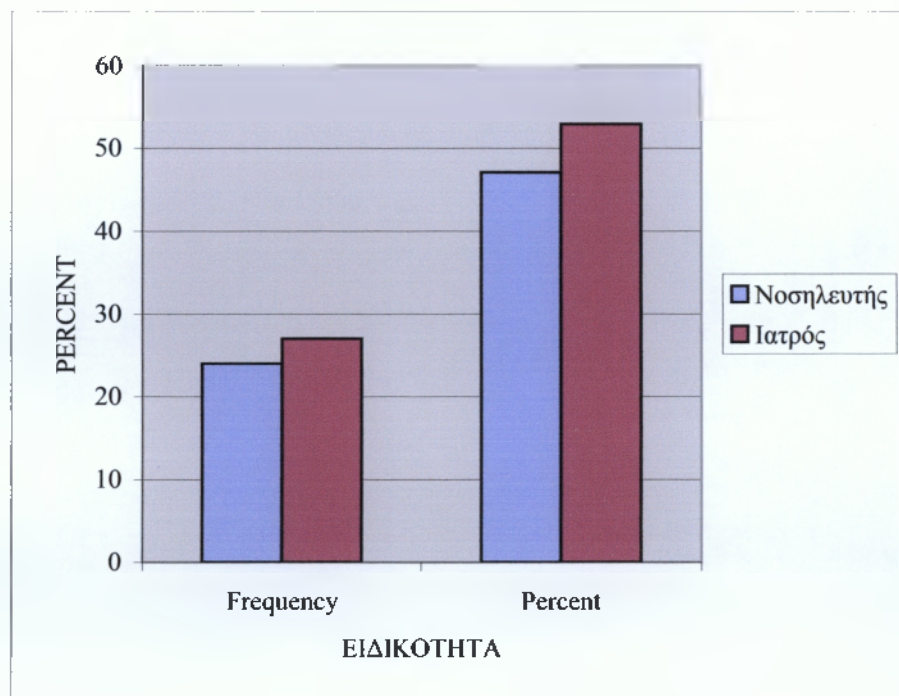
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	1-3	6	11,8	11,8	11,8
	4-6	10	19,6	19,6	31,4
	7+	35	68,6	68,6	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν πάνω από 7 χρόνια προϋπηρεσίας.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Νοσηλεύτης	24	47,1	47,1	47,1
	Ιατρός	27	52,9	52,9	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



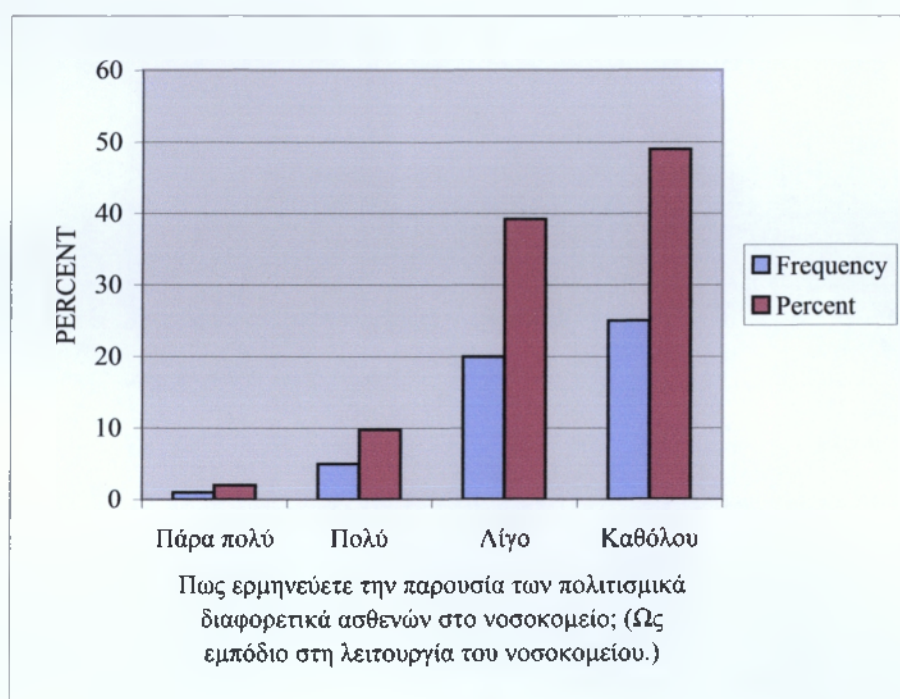
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν ιατροί.

1. Πως ερμηνεύετε την παρουσία των πολιτισμικά διαφορετικά ασθενών στο νοσοκομείο;

α) Ως εμπόδιο στη λειτουργία του νοσοκομείου.

Πως ερμηνεύετε την παρουσία των πολιτισμικά διαφορετικά ασθενών στο νοσοκομείο; (Ως εμπόδιο στη λειτουργία του νοσοκομείου.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	1	2,0	2,0	2,0
	Πολύ	5	9,8	9,8	11,8
	Λίγο	20	39,2	39,2	51,0
	Καθόλου	25	49,0	49,0	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

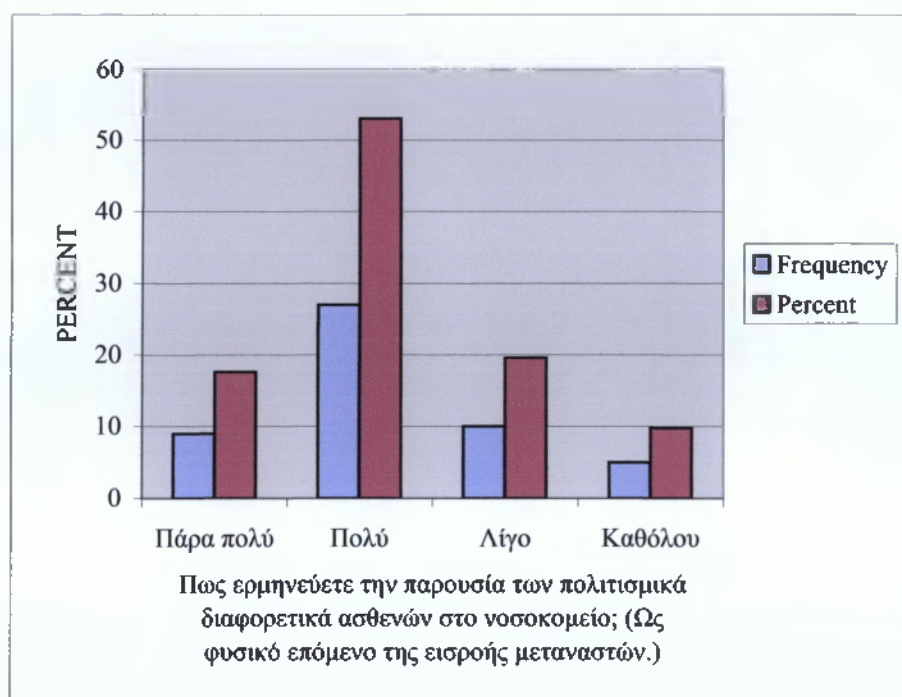


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, θεωρούν ότι η παρουσία των πολιτισμικά διαφορετικών ασθενών δεν εμποδίζει τη λειτουργία του νοσοκομείου.

β) Ως φυσικό επόμενο της εισροής μεταναστών.

Πως ερμηνεύετε την παρουσία των πολιτισμικά διαφορετικά ασθενών στο νοσοκομείο; (Ως φυσικό επόμενο της εισροής μεταναστών.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	9	17,6	17,6	17,6
	Πολύ	27	53	53	70,6
	Λίγο	10	19,6	19,6	90,2
	Καθόλου	5	9,8	9,8	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

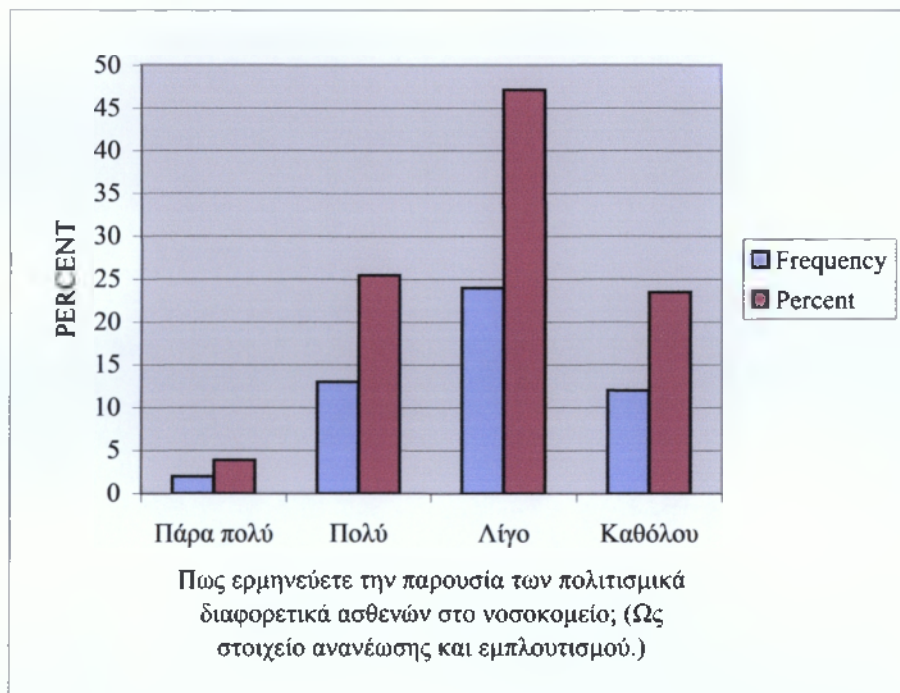


Το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, θεωρούν ότι η παρουσία των πολιτισμικά διαφορετικών ασθενών στο νοσοκομείο αποτελεί σε πολύ μεγάλο βαθμό συνέπεια της εισροής μεταναστών.

γ) Ως στοιχείο ανανέωσης και εμπλουτισμού.

Πως ερμηνεύετε την παρουσία των πολιτισμικά διαφορετικά ασθενών στο νοσοκομείο; (Ως στοιχείο ανανέωσης και εμπλουτισμού.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	2	3,9	3,9	3,9
	Πολύ	13	25,5	25,5	29,4
	Λίγο	24	47,1	47,1	76,5
	Καθόλου	12	23,5	23,5	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

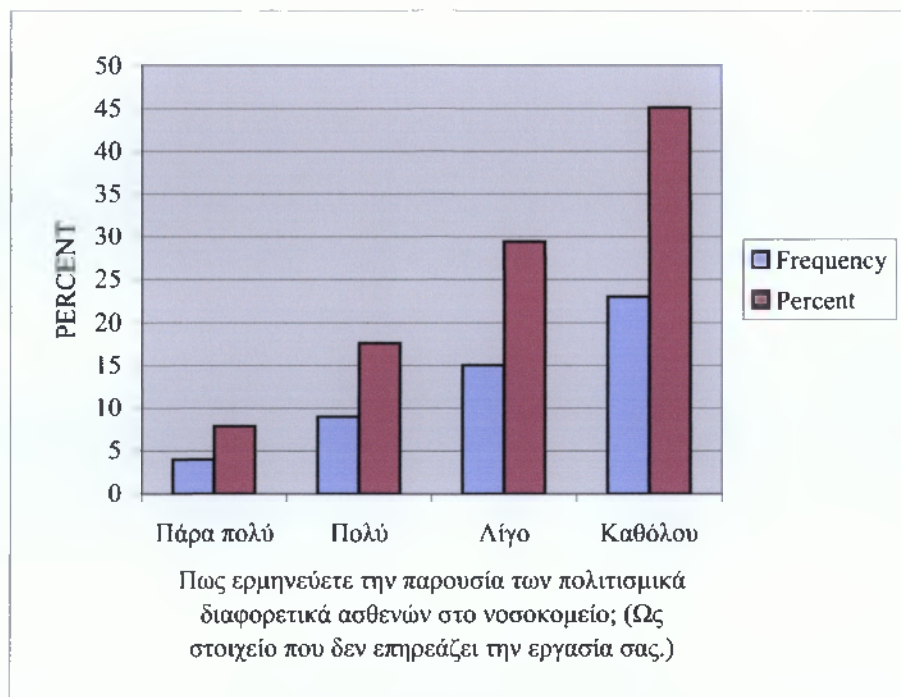


Το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, θεωρούν ότι η παρουσία των πολιτισμικά διαφορετικών ασθενών στο νοσοκομείο αποτελεί σε μικρό βαθμό στοιχείο ανανέωσης και εμπλουτισμού.

δ) Ως στοιχείο που δεν επηρεάζει την εργασία σας.

Πως ερμηνεύετε την παρουσία των πολιτισμικά διαφορετικά ασθενών στο νοσοκομείο; (Ως στοιχείο που δεν επηρεάζει την εργασία σας.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	4	7,9	7,9	7,9
	Πολύ	9	17,6	17,6	25,5
	Λίγο	15	29,4	29,4	54,9
	Καθόλου	23	45,1	45,1	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



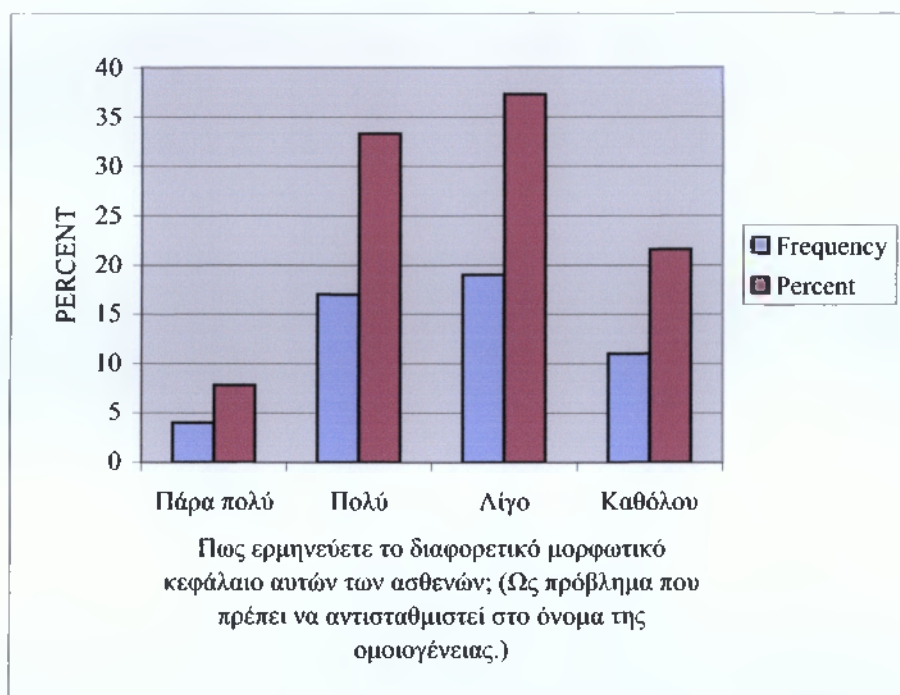
Το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, θεωρούν ότι η παρουσία των πολιτισμικά διαφορετικών ασθενών στο νοσοκομείο δεν επηρεάζει καθόλου την εργασία τους.

2. Πως ερμηνεύετε το διαφορετικό μορφωτικό κεφάλαιο αυτών των ασθενών;

α) Ως πρόβλημα που πρέπει να αντισταθμιστεί στο όνομα της ομοιογένειας.

Πως ερμηνεύετε το διαφορετικό μορφωτικό κεφάλαιο αυτών των ασθενών; (Ως πρόβλημα που πρέπει να αντισταθμιστεί στο όνομα της ομοιογένειας.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	4	7,8	7,8	7,8
	Πολύ	17	33,3	33,3	41,1
	Λίγο	19	37,3	37,3	78,4
	Καθόλου	11	21,6	21,6	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

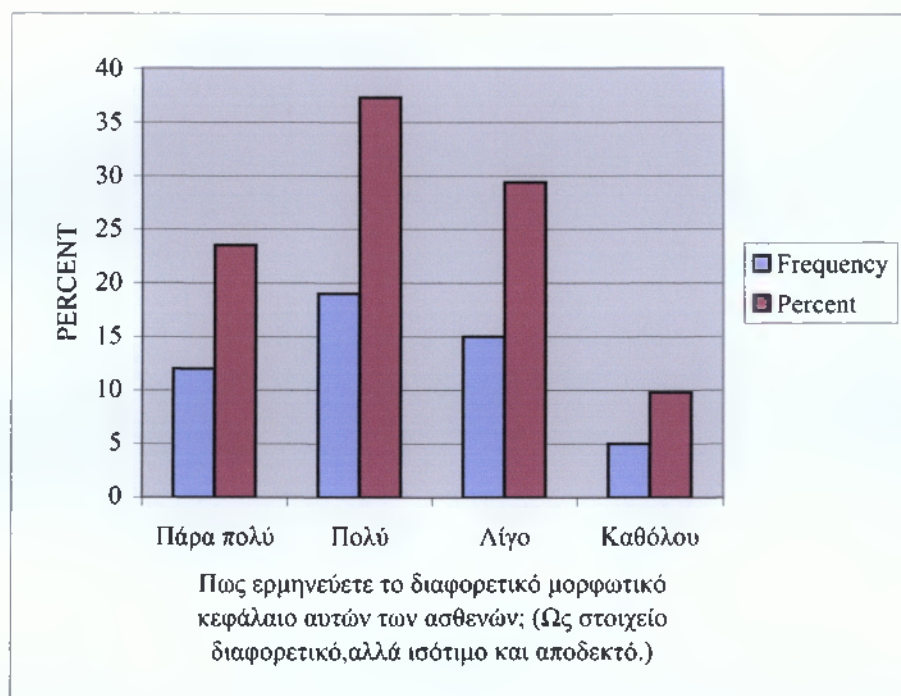


Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι το διαφορετικό μορφωτικό κεφάλαιο αυτών των ασθενών αποτελεί μικρό πρόβλημα, που πρέπει να αντισταθμιστεί στο όνομα της ομοιογένειας.

β) Ως στοιχείο διαφορετικό,αλλά ισότιμο και αποδεκτό.

Πως ερμηνεύετε το διαφορετικό μορφωτικό κεφάλαιο αυτών των ασθενών; (Ως στοιχείο διαφορετικό,αλλά ισότιμο και αποδεκτό.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	12	23,5	23,5	23,5
	Πολύ	19	37,3	37,3	60,8
	Λίγο	15	29,4	29,4	90,2
	Καθόλου	5	9,8	9,8	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

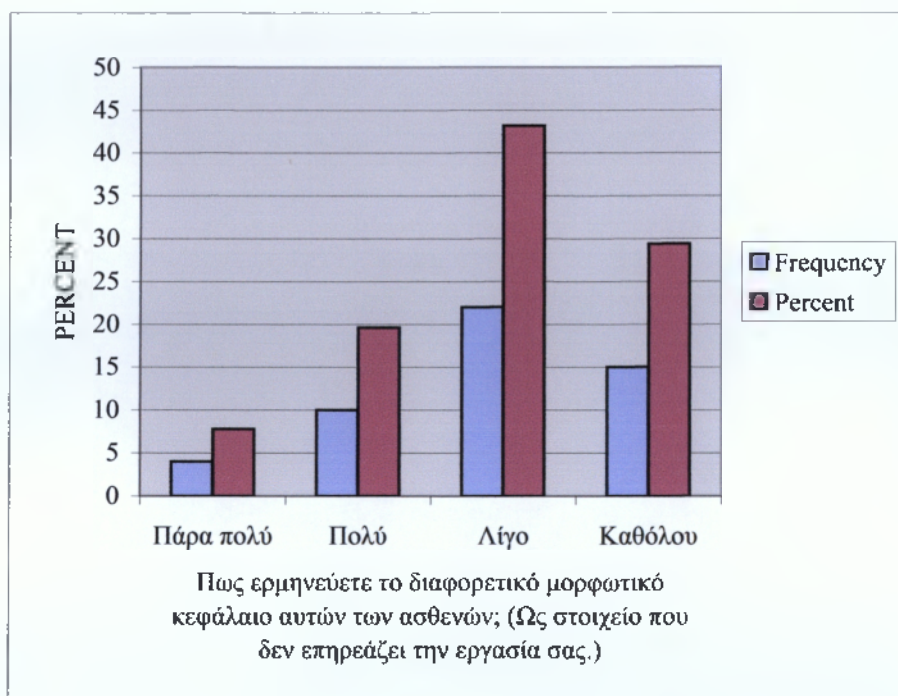


Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι το διαφορετικό μορφωτικό κεφάλαιο αυτών των ασθενών, ως στοιχείο πολύ διαφορετικό, αλλά ισότιμο και αποδεκτό.

γ) Ως στοιχείο που δεν επηρεάζει την εργασία σας.

Πως ερμηνεύετε το διαφορετικό μορφωτικό κεφάλαιο αυτών των ασθενών; (Ως στοιχείο που δεν επηρεάζει την εργασία σας.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	4	7,8	7,8	7,8
	Πολύ	10	19,6	19,6	27,4
	Λίγο	22	43,2	43,2	70,6
	Καθόλου	15	29,4	29,4	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



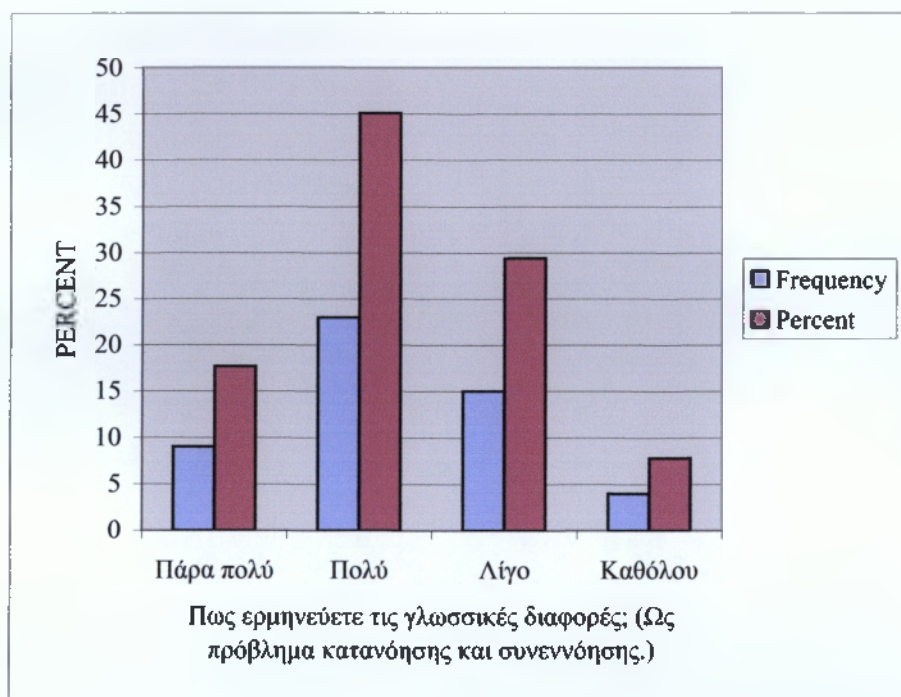
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι το διαφορετικό μορφωτικό κεφάλαιο αυτών των ασθενών είναι στοιχείο που επηρεάζει λίγο την εργασία τους.

3. Πως ερμηνεύετε τις γλωσσικές διαφορές;

α) Ως πρόβλημα κατανόησης και συνεννόησης.

Πως ερμηνεύετε τις γλωσσικές διαφορές; (Ως πρόβλημα κατανόησης και συνεννόησης.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	9	17,7	17,7	17,7
	Πολύ	23	45,1	45,1	62,7
	Λίγο	15	29,4	29,4	92,1
	Καθόλου	4	7,8	7,8	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

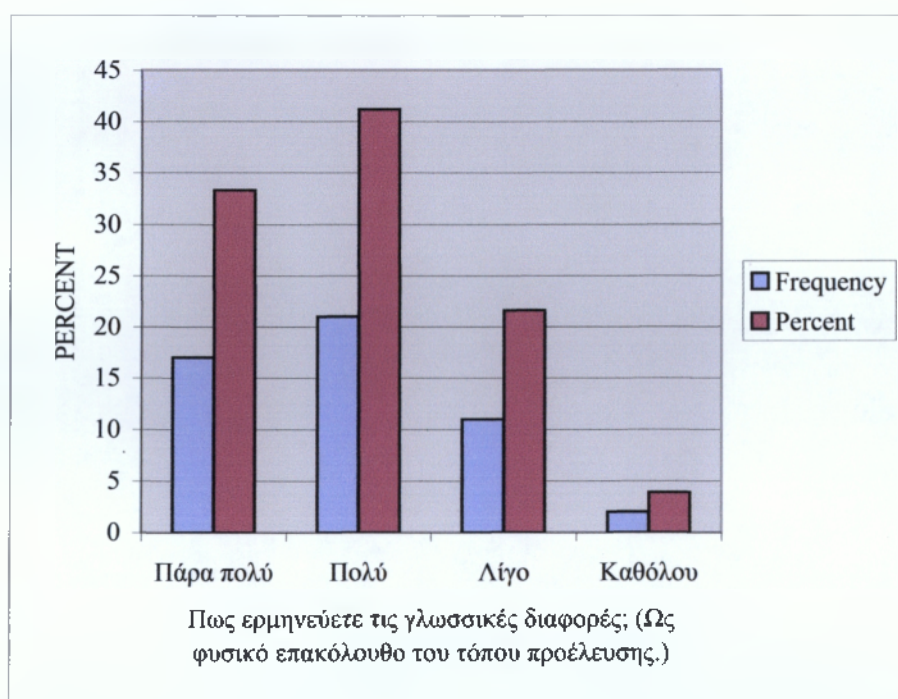


Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί τις γλωσσικές διαφορές ως στοιχείο που δημιουργεί σε μεγάλο βαθμό πρόβλημα κατανόησης και συνεννόησης στην επικοινωνία.

β) Ως φυσικό επακόλουθο του τόπου προέλευσης.

Πως ερμηνεύετε τις γλωσσικές διαφορές; (Ως φυσικό επακόλουθο του τόπου προέλευσης.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	17	33,3	33,3	33,3
	Πολύ	21	41,2	41,2	74,5
	Λίγο	11	21,6	21,6	96,1
	Καθόλου	2	3,9	3,9	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



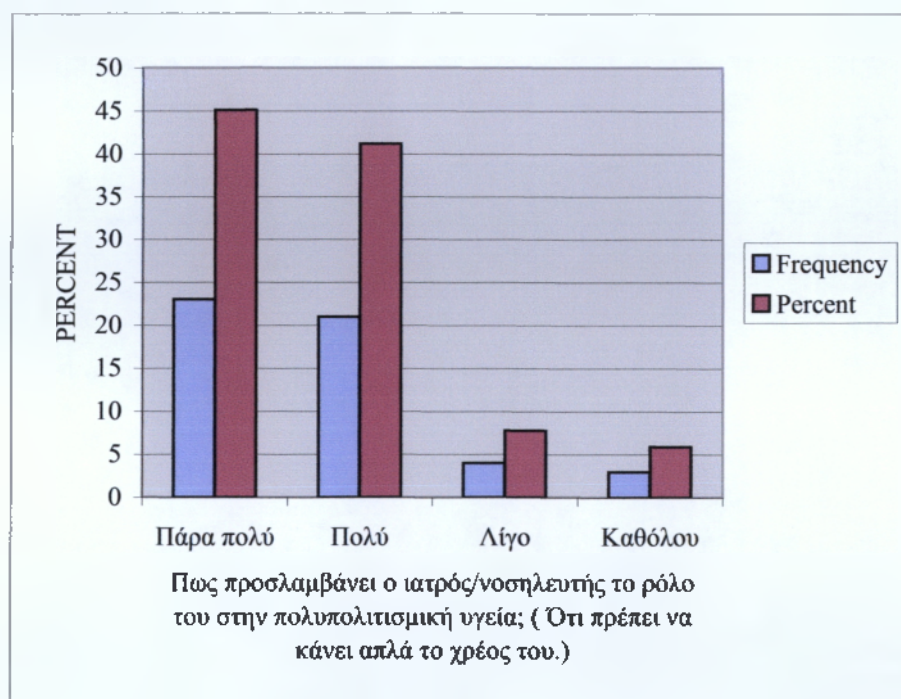
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί τις γλωσσικές διαφορές ως στοιχείο που οφείλεται σε μεγάλο βαθμό ως φυσικό επακόλουθο του τόπου προέλευσης.

4. Πως προσλαμβάνει ο ιατρός/νοσηλευτής το ρόλο του στην πολυπολιτισμική υγεία;

α) Ότι πρέπει να κάνει απλά το χρέος του.

Πως προσλαμβάνει ο ιατρός/νοσηλευτής το ρόλο του στην πολυπολιτισμική υγεία; (Ότι πρέπει να κάνει απλά το χρέος του.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	23	45,1	45,1	45,1
	Πολύ	21	41,2	41,2	86,3
	Λίγο	4	7,8	7,8	94,1
	Καθόλου	3	5,9	5,9	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

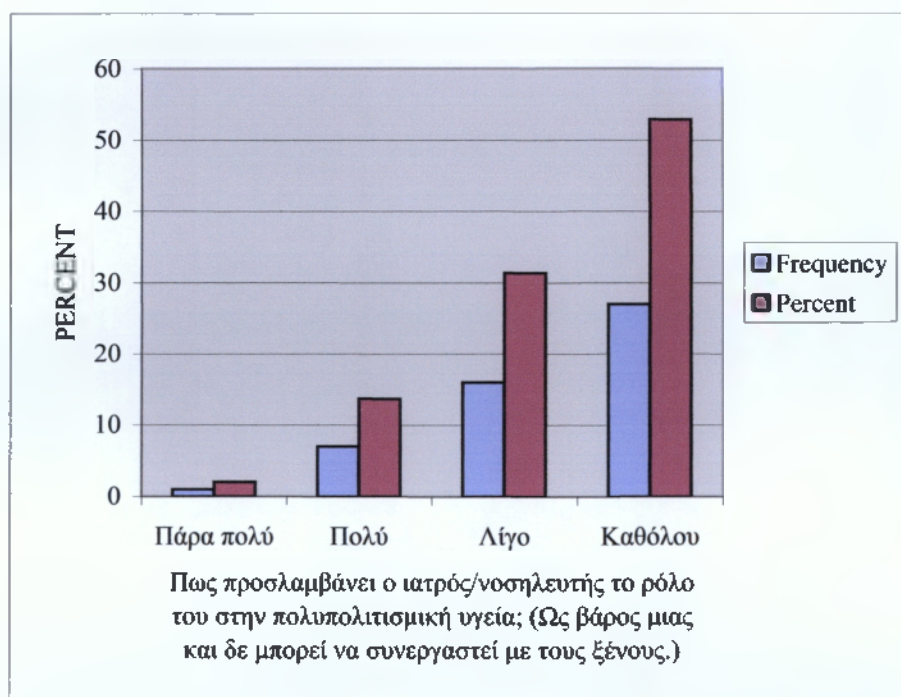


Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί το ρόλο του νοσηλευτή/ιατρού στην πολυπολιτισμική υγεία ότι σε σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό θα πρέπει να κάνει το χρέος του.

β) Ως βάρος μιας και δε μπορεί να συνεργαστεί με τους ξένους.

Πως προσλαμβάνει ο ιατρός/νοσηλευτής το ρόλο του στην πολυπολιτισμική υγεία; (Ως βάρος μιας και δε μπορεί να συνεργαστεί με τους ξένους.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	1	2,0	2,0	2,0
	Πολύ	7	13,7	13,7	15,7
	Λίγο	16	31,4	31,4	47,1
	Καθόλου	27	52,9	52,9	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

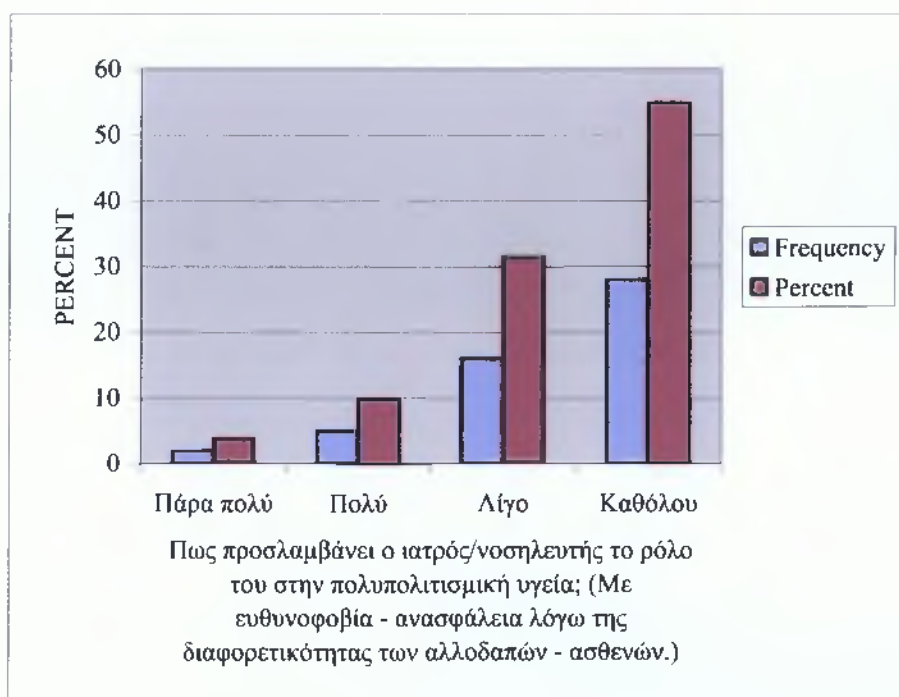


Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν πιστεύει ότι οι ξένοι είναι βάρος και δεν μπορεί να συνεργαστεί μαζί τους.

γ) Με ευθυνοφοβία - ανασφάλεια λόγω της διαφορετικότητας των αλλοδαπών - ασθενών.

Πως προσλαμβάνει ο ιατρός/νοσηλεύτης το ρόλο του στην πολυπολιτισμική υγεία; (Με ευθυνοφοβία - ανασφάλεια λόγω της διαφορετικότητας των αλλοδαπών - ασθενών.)

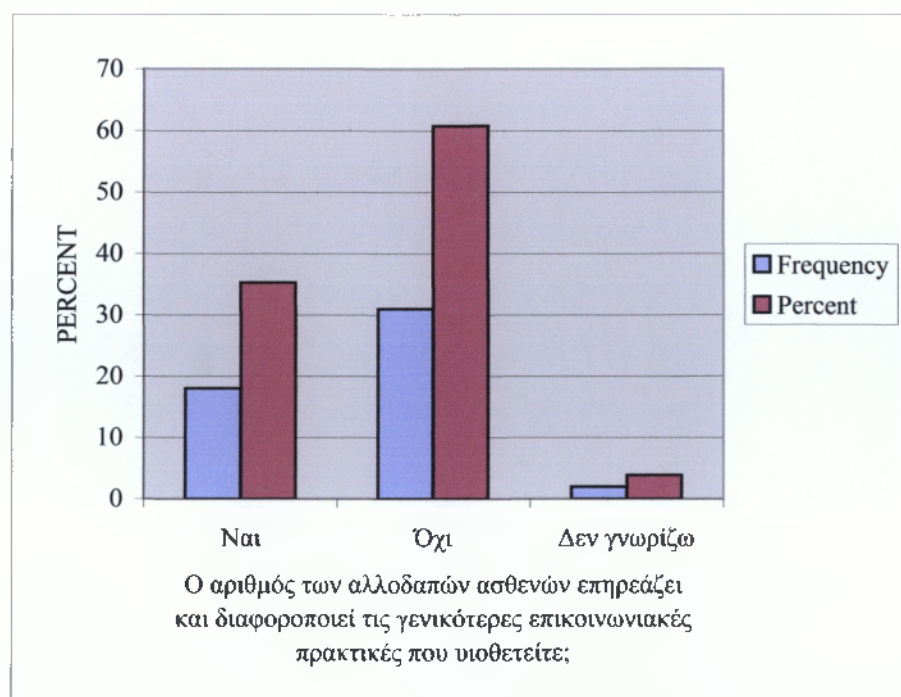
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολύ	2	3,9	3,9	3,9
	Πολύ	5	9,8	9,8	13,7
	Λίγο	16	31,4	31,4	45,1
	Καθόλου	28	54,9	54,9	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων υποστηρίζει ότι δεν διακατέχεται από ευθυνοφοβία-ανασφάλεια λόγω της διαφορετικότητας των αλλοδαπών ασθενών.

5. Ο αριθμός των αλλοδαπών ασθενών επηρεάζει και διαφοροποιεί τις γενικότερες επικοινωνιακές πρακτικές που υιοθετείτε;

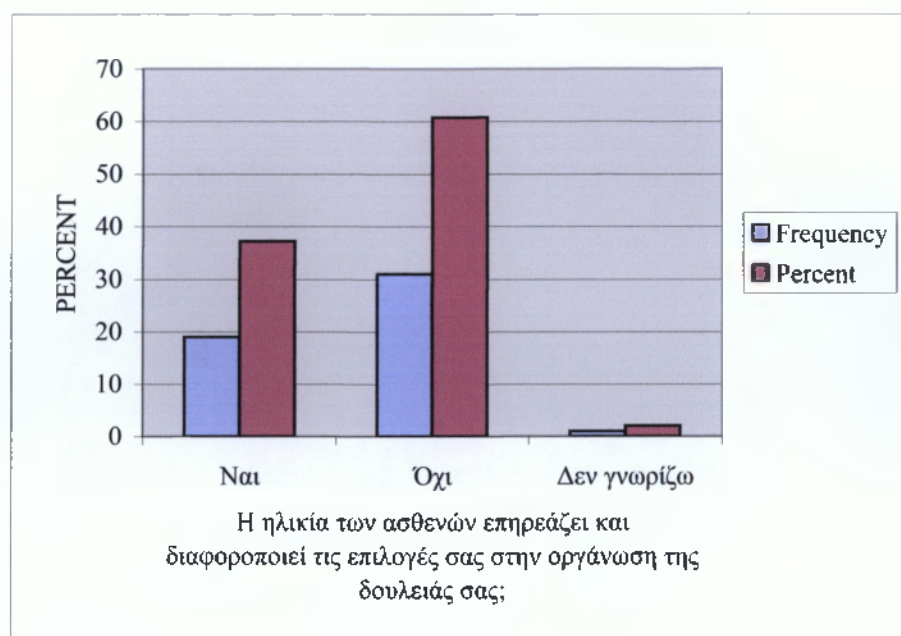
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Ναι	18	35,3	35,3	35,3
	Όχι	31	60,8	60,8	96,1
	Δεν γνωρίζω	2	3,9	3,9	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων πιστεύει ότι ο αριθμός των αλλοδαπών ασθενών δεν επηρεάζει και δεν διαφοροποιεί τις επικοινωνιακές πρακτικές της.

6. Η ηλικία των ασθενών επηρεάζει και διαφοροποιεί τις επιλογές σας στην οργάνωση της δουλειάς σας;

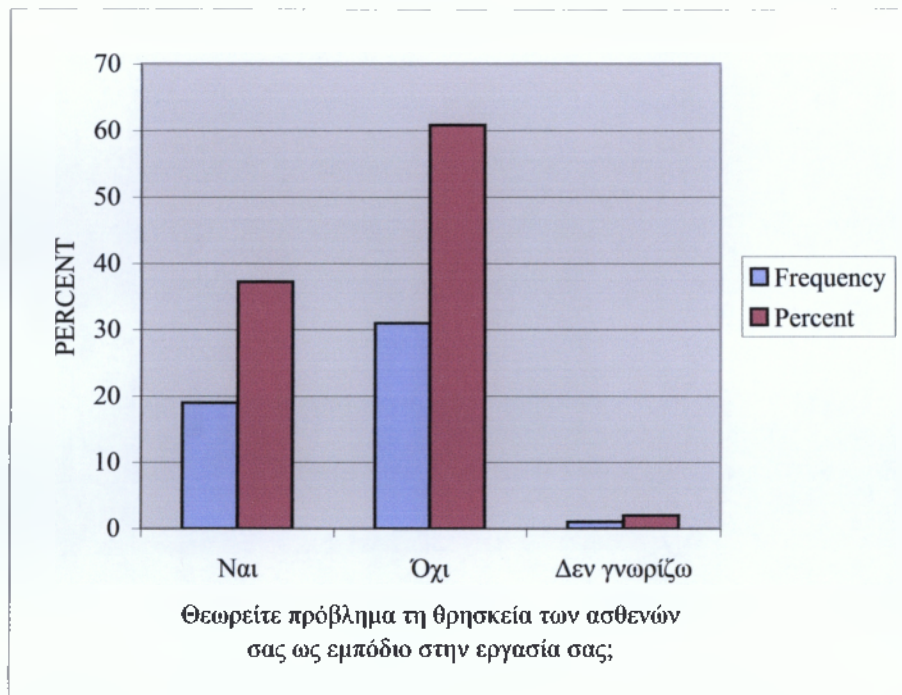
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Ναι	19	37,2	37,2	37,2
	Όχι	31	60,8	60,8	98,0
	Δεν γνωρίζω	1	2,0	2,0	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων πιστεύει ότι η ηλικία των ασθενών δεν είναι πρόβλημα στην οργάνωση της δουλειάς της.

7. Θεωρείτε πρόβλημα τη θρησκεία των ασθενών σας ως εμπόδιο στην εργασία σας;

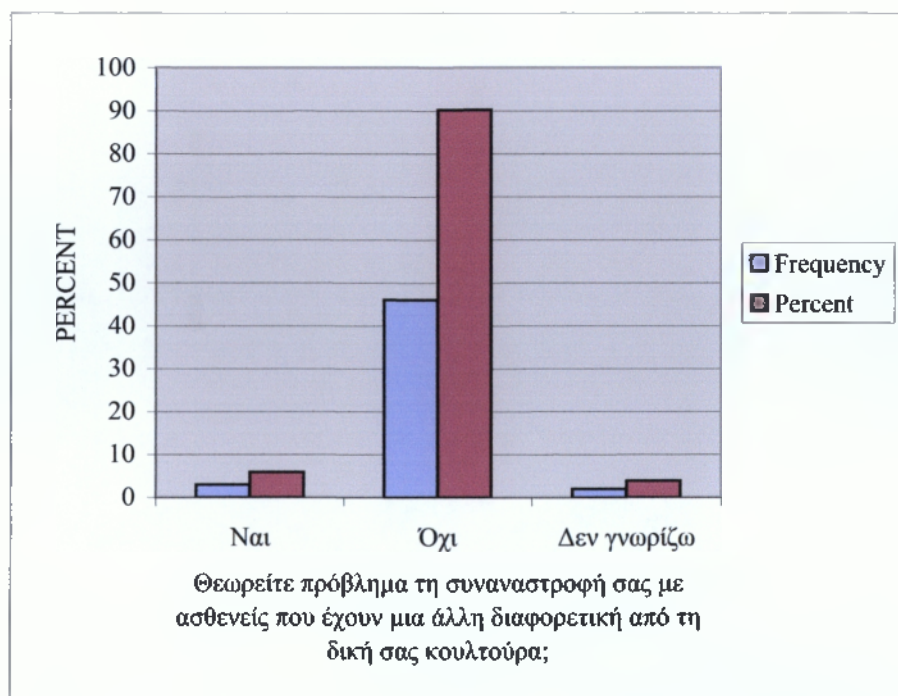
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Ναι	19	37,2	37,2	37,2
	Όχι	31	60,8	60,8	98,0
	Δεν γνωρίζω	1	2,0	2,0	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δε θεωρεί ότι η θρησκεία των αλλοδαπών ασθενών αποτελεί εμπόδιο στην εργασία της.

8. Θεωρείτε πρόβλημα τη συναναστροφή σας με ασθενείς που έχουν μια άλλη διαφορετική από τη δική σας κουλτούρα;

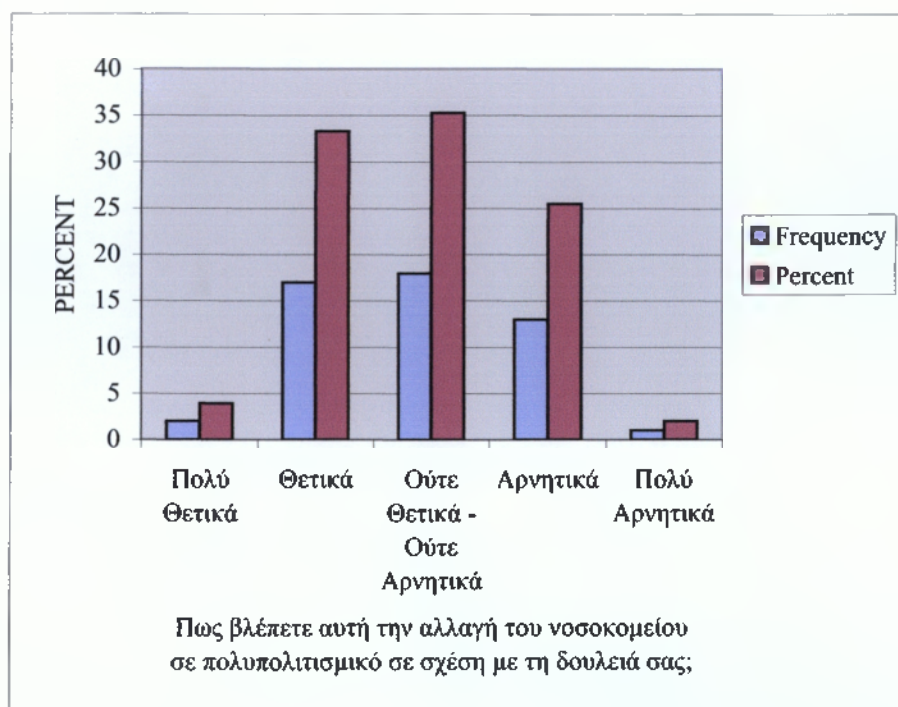
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Ναι	3	5,9	5,9	5,9
	Όχι	46	90,2	90,2	96,1
	Δεν γνωρίζω	2	3,9	3,9	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων δε θεωρεί τη συναναστροφή με ασθενείς διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης και κουλτούρας ως πρόβλημα στην άσκηση των καθηκόντων τους.

9. Πως βλέπετε αυτή την αλλαγή του νοσοκομείου σε πολυπολιτισμικό σε σχέση με τη δουλειά σας;

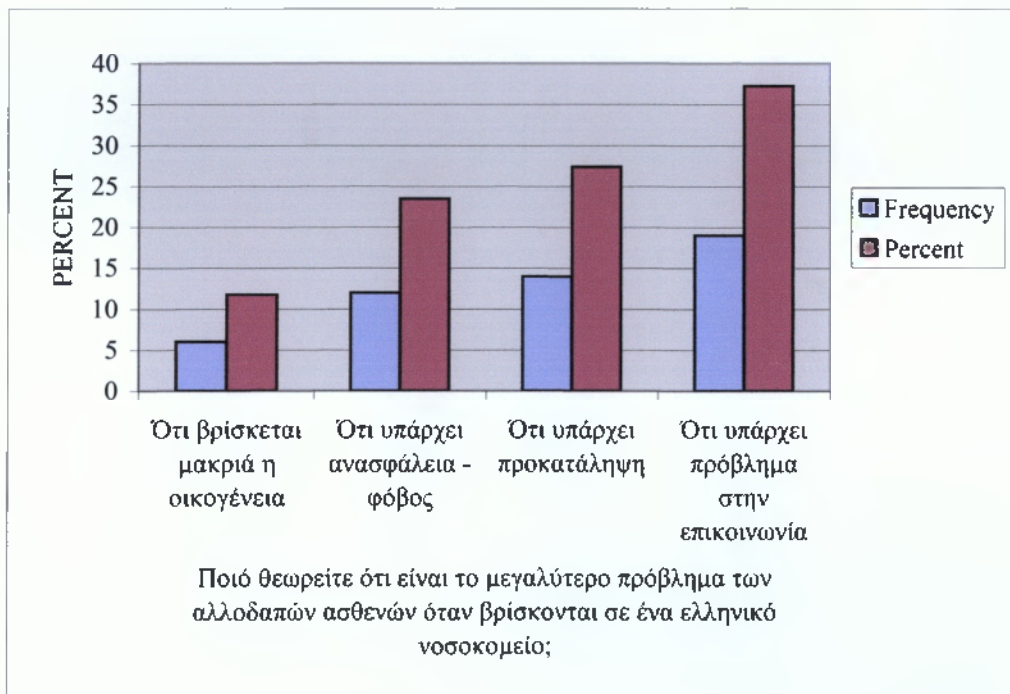
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πολύ Θετικά	2	3,9	3,9	3,9
	Θετικά	17	33,3	33,3	37,2
	Ούτε Θετικά - Ούτε Αρνητικά	18	35,3	35,3	72,5
	Αρνητικά	13	25,5	25,5	98,0
	Πολύ Αρνητικά	1	2,0	2,0	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων διατηρεί μια ουδέτερη στάση σε σχέση με τη δουλειά τους και την αλλαγή του νοσοκομείου σε πολυπολιτισμικό.

10. Ποιό θεωρείτε ότι είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα των αλλοδαπών ασθενών όταν βρίσκονται σε ένα ελληνικό νοσοκομείο;

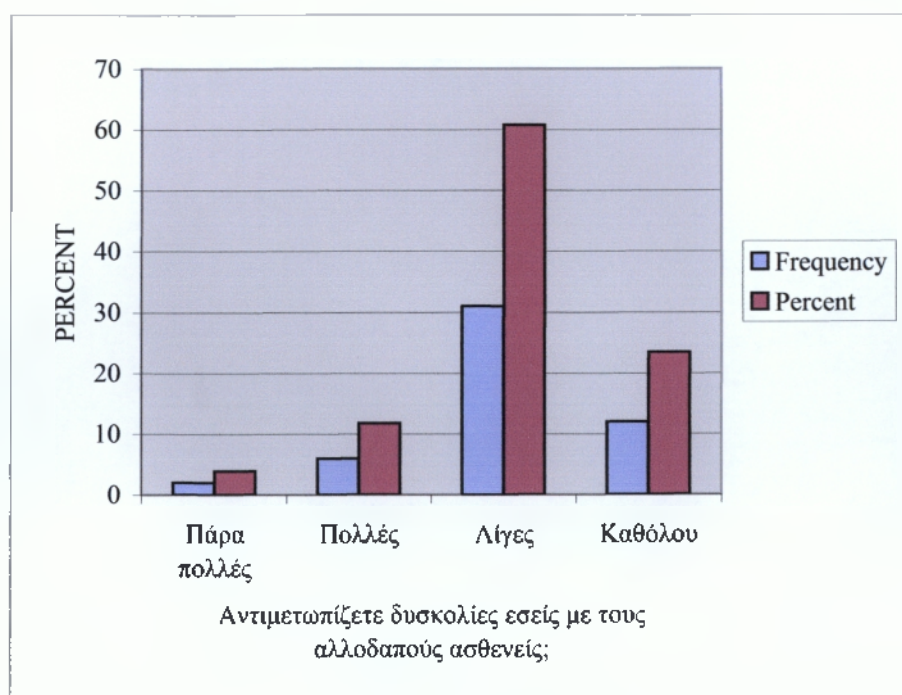
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Ότι βρίσκεται μακριά η οικογένεια	6	11,8	11,8	11,8
	Ότι υπάρχει ανασφάλεια - φόβος	12	23,5	23,5	35,3
	Ότι υπάρχει προκατάληψη	14	27,4	27,4	62,7
	Ότι υπάρχει πρόβλημα στην επικοινωνία	19	37,3	37,3	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα των αλλοδαπών όταν βρίσκονται σε ελληνικό νοσοκομείο είναι ότι υπάρχει δυσκολία στην επικοινωνία.

11. Αντιμετωπίζετε δυσκολίες εσείς με τους αλλοδαπούς ασθενείς;

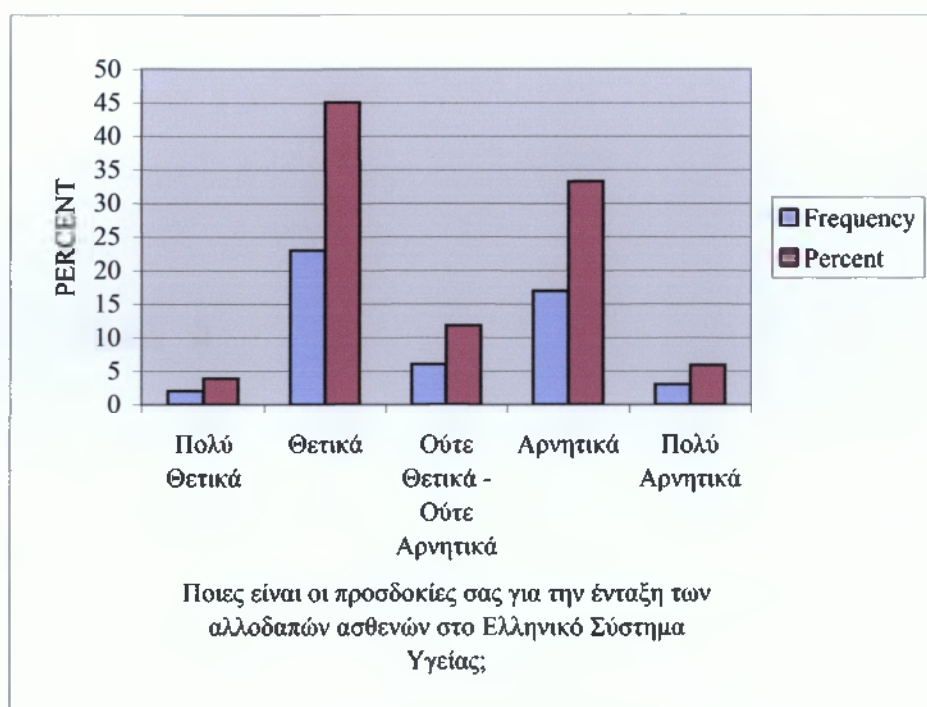
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πάρα πολλές	2	3,9	3,9	3,9
	Πολλές	6	11,8	11,8	15,7
	Λίγες	31	60,8	60,8	76,5
	Καθόλου	12	23,5	23,5	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων αντιμετωπίζει λίγες δυσκολίες με τους αλλοδαπούς ασθενείς.

12. Ποιες είναι οι προσδοκίες σας για την ένταξη των αλλοδαπών ασθενών στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας;

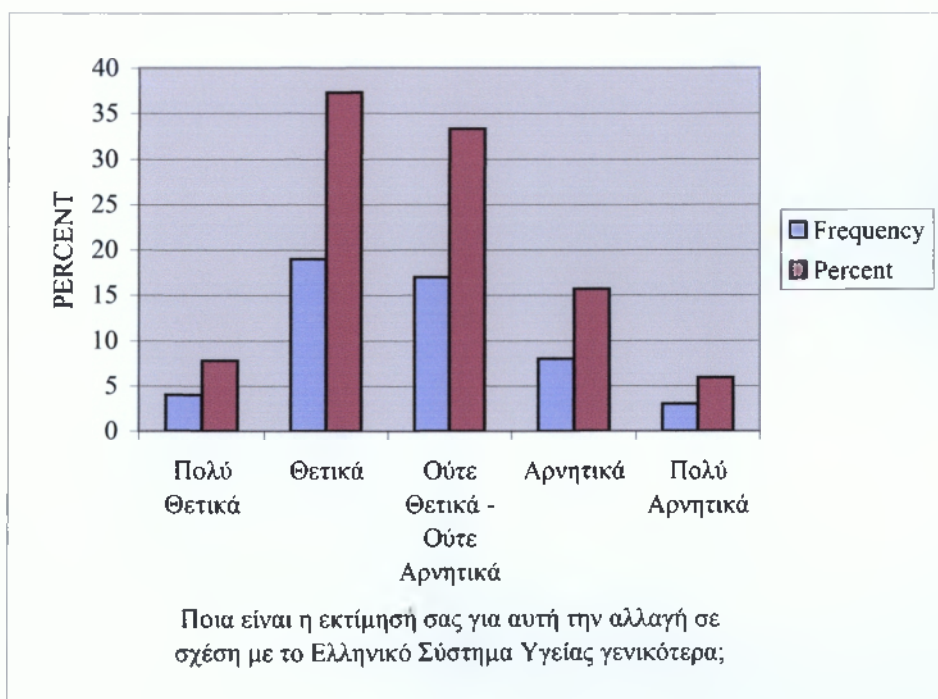
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πολύ Θετικά	2	3,9	3,9	3,9
	Θετικά	23	45,1	45,1	49,0
	Ούτε Θετικά - Ούτε Αρνητικά	6	11,8	11,8	60,8
	Αρνητικά	17	33,3	33,3	94,1
	Πολύ Αρνητικά	3	5,9	5,9	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η ένταξη των αλλοδαπών ασθενών στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας θα αποβεί θετική.

13. Ποια είναι η εκτίμησή σας για αυτή την αλλαγή σε σχέση με το Ελληνικό Σύστημα Υγείας γενικότερα;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	Πολύ Θετικά	4	7,8	7,8	7,8
	Θετικά	19	37,3	37,3	45,1
	Ούτε Θετικά - Ούτε Αρνητικά	17	33,3	33,3	78,4
	Αρνητικά	8	15,7	15,7	94,1
	Πολύ Αρνητικά	3	5,9	5,9	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι το Ελληνικό Σύστημα Υγείας θα επηρεαστεί θετικά από αυτή την αλλαγή.

4.4. Αποτελέσματα έρευνας.

Από το σύνολο των 80 ιατρών και νοσηλευτών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο και στα 2 νοσοκομεία προέκυψαν χρήσιμα συμπεράσματα.

Αρχικά, όσον αφορά το Δημόσιο Νοσοκομείο "Αγία Όλγα" στο οποίο απάντησαν συνολικά 29 ιατρού/νοσηλευτές, παρουσιάζουμε συνοπτικά τις απαντήσεις που δόθηκαν.

Σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία, το ποσοστό των ατόμων που απάντησαν με βάση το φύλο ήταν σχεδόν μοιρασμένο (14 Άρρεν-15 Θήλυ), με τους περισσότερους από αυτούς να είναι στην ηλικία μεταξύ 31-36 και 43-48 (34,5%) (με ευρύτητα στο ηλικιακό φάσμα), και με χρόνια προϋπηρεσίας πάνω από επτά έτη (αρκετή εμπειρία). Με βάση την ειδικότητα το μεγαλύτερο ποσοστό που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν νοσηλευτές (65,5%).

Από τις απαντήσεις στην πρώτη ερώτηση του ερωτηματολογίου προκύπτει ότι η παρουσία των πολιτισμικά διαφορετικών ασθενών στο νοσοκομείο δεν εμποδίζει σε ιδιαίτερο βαθμό τη λειτουργία του νοσοκομείου, θεωρείται δε σε πολύ μεγάλο βαθμό ως φυσικό επόμενο της εισροής μεταναστών, δεν είναι καθόλου στοιχείο ανανέωσης και εμπλουτισμού και επηρεάζει λίγο την εργασία τους. Το ενδιαφέρον στοιχείο που αξίζει να σχολιάσουμε είναι πως αποκαλύπτεται από την πρώτη κιόλας ερώτηση η ελλειμματική και προβληματική εικόνα που έχουν οι ερωτηθέντες για τους μετανάστες μέσα στην ελληνική κοινωνία.

Από τη δεύτερη ερώτηση για τη ζητούμενη ερμηνεία του διαφορετικού μορφωτικού κεφαλαίου αυτών των ασθενών, προκύπτει ότι αυτό θεωρείται για τους ερωτώμενους ως μεγάλο πρόβλημα που πρέπει να αντισταθμιστεί στο όνομα της ομοιογένειας, ότι είναι στοιχείο λίγο διαφορετικό, αλλά ισότιμο και αποδεκτό και ότι επηρεάζει σε μικρό βαθμό την εργασία τους (βέβαια δεν είναι ευκαταφρόνητο το 20,7% που απάντησε ότι επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό). Από τις απαντήσεις απορρέει η ανάγκη παρέμβασης της πολιτείας για τους μετανάστες, μέσα στα πλαίσια χάραξης μίας ορθολογικής μεταναστευτικής πολιτικής, η οποία θα μπορεί να ενσωματώσει οργανικά τους μετανάστες σεβόμενη την πολιτισμική τους ιδιαιτερότητα και γενικότερα τις ετερότητες.

Στην τρίτη ερώτηση η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ερμηνεύει τις γλωσσικές διαφορές ως στοιχείο που δημιουργεί σε μεγάλο βαθμό πρόβλημα κατανόησης και συνεννόησης στην

επικοινωνία, ως φυσικό επακόλουθο του τόπου προέλευσης, ενώ σε μικρότερο βαθμό πιστεύει πως το πρόβλημα επικοινωνίας μπορεί να ξεπεραστεί με χρήση εξωγλωσσικών στοιχείων (χειρονομίες, εκφράσεις προσώπου κ.α.). Συμπερασματικά θα λέγαμε πως από τις απαντήσεις σε αυτή την ερώτηση, αναδεικνύεται ο σημαντικός προβληματισμός όσον αφορά την επικοινωνία μεταξύ μεταναστών ασθενών και νοσηλευτών/ιατρών, καθώς είναι προφανές ότι η έλλειψη κατανόησης ή παρερμηνευση των γλωσσικών εκφράσεων μπορεί να οδηγήσει σε επικοινωνιακή αποτυχία, συνθήκες αβεβαιότητας με επικίνδυνες συνέπειες για την ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη του ασθενή.

Η τέταρτη ερώτηση στοχεύει να αναδείξει το ρόλο που πρέπει να έχει ο ιατρός/νοσηλευτής στη νέα πολυπολιτισμική πραγματικότητα στο χώρο της υγείας, και πώς αυτός αντιλαμβάνεται το ρόλο αυτό. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων λοιπόν θεωρεί ότι το λειτούργημά του αποτελεί ύψιστο καθήκον του. Επίσης η πλειοψηφία των ερωτηθέντων πιστεύει ότι οι ξένοι δεν αποτελούν βάρος στη μεταξύ τους συνεργασία, κάτι που πρέπει να τονιστεί ως ιδιαίτερα ενθαρρυντικό στοιχείο, καθώς με μία καλύτερη οργάνωση του νοσοκομείου η σχέση μεταναστών ασθενών και λειτουργών της υγείας μπορεί να γίνει καλύτερη, αφού η βασική αντίληψη της περίθαλψης χωρίς διακρίσεις είναι εμφανής. Το ίδιο ισχύει και από τις απαντήσεις που δόθηκαν στο ότι η πλειοψηφία των ιατρών/νοσηλευτών δεν διακατέχεται από ευθυνοφοβία-ανασφάλεια λόγω της διαφορετικότητας των αλλοδαπών ασθενών.

Στην πέμπτη ερώτηση η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (48,3%) πιστεύει ότι ο αριθμός των αλλοδαπών ασθενών δεν επηρεάζει και δε διαφοροποιεί τις επικοινωνιακές πρακτικές τους. Ωστόσο παρατηρούμε ότι αρκετοί (44,8%) απάντησαν το αντίθετο, που σημαίνει πως ο μεγάλος αριθμός προσέλευσης των αλλοδαπών ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία μάλλον δε διευκολύνει και τόσο τις επικοινωνιακές πρακτικές των νοσηλευτών και των ιατρών.

Όπως και στην έκτη ερώτηση η πλειονότητα των ερωτηθέντων (58,7%) πιστεύει ότι η ηλικία των ασθενών δεν αποτελεί πρόβλημα στην οργάνωση της δουλειά τους. Το ότι οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι η ηλικία των ασθενών μεταναστών δεν αποτελεί πρόβλημα στη δουλειά τους, δείχνει το ζήλο και την αφοσίωση του επιστήμονα υγείας πάνω στο λειτούργημά του. Ανεξάρτητα δηλαδή από την ηλικία του ασθενή, ο επιστήμονας υγείας είναι διατεθειμένος να του προσφέρει τις υπηρεσίες του και να συμβάλλει στην όσο το δυνατό καλύτερη ίασή του.

Στην επόμενη ερώτηση οι περισσότεροι νοσηλευτές/ιατροί (86,3%) απάντησαν ότι η θρησκεία των ασθενών τους δεν αποτελεί εμπόδιο στην εργασία τους. Αυτό σημαίνει ότι ο ερωτώμενος επιστήμονας υγείας διατηρεί σεβαστό το θρήσκευμα των μεταναστών-ασθενών, όποιο και αν είναι αυτό, και δεν απορρίπτει τη διαφορετικότητά τους παραμένοντας ανεπηρέαστος στην άσκηση της φροντίδας υγείας απέναντί τους.

Στην όγδοη ερώτηση για το αν θεωρείται πρόβλημα η συναναστροφή με ασθενείς διαφορετικής κουλτούρας από αυτή των ερωτηθέντων, η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε ότι δεν υφίσταται τέτοιο πρόβλημα στην άσκηση των καθηκόντων τους. Αυτό πράγματι είναι κάτι εξαιρετικά ενθαρρυντικό για την αντίληψη που έχει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την υπάρχουσα πολιτισμική ποικιλομορφία που υφίσταται στο χώρο της υγείας.

Ωστόσο στην επόμενη ερώτηση παρατηρείται η αρνητική στάση που έχει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό όσον αφορά την αλλαγή του νοσοκομείου που εργάζονται σε πολυπολιτισμικό, και αυτό ίσως υποκρύπτει τη δυσλειτουργική σχέση μεταξύ του λειτουργού υγείας και του μετανάστη. Έτσι, παρά τις καλές προθέσεις που διαπιστώθηκαν σε προγενέστερες ερωτήσεις από τη πλευρά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, η έλλειψη συντονισμού στο τομέα της υγείας δυσχεραίνει το έργο της μετατροπής του νοσοκομείου σε πολυπολιτισμικό.

Στην δέκατη ερώτηση η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα των αλλοδαπών ασθενών όταν βρίσκονται σε ελληνικό νοσοκομείο είναι η ανασφάλεια και ο φόβος που έχουν στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι οι περισσότεροι μη-νόμιμοι μετανάστες καταλήγουν αναγκαστικά στο δημόσιο νοσοκομείο με συνέπεια το φόβο της απέλασης.

Συνακόλουθα στην επόμενη ερώτηση για το αν αντιμετωπίζουν οι ερωτηθέντες δυσκολίες με τους αλλοδαπούς ασθενείς, η πλειοψηφία απαντά ότι τελικά λίγα είναι τα προβλήματα που ανακύπτουν με αυτούς, και αυτό μάλλον μπορεί να ερμηνευτεί ως θετικό σημάδι.

Βέβαια από τα αποτελέσματα της επόμενης ερώτησης που διερευνά τις προσδοκίες των ερωτηθέντων για την ένταξη των αλλοδαπών ασθενών στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, διαπιστώνεται η απαισιοδοξία των περισσότερων καθώς η πλειοψηφία έχει αρνητική γνώμη σε αυτό. Αυτό πιθανώς να βρίσκει εξήγηση στις διαχρονικές παθογένειες που συναντώνται στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας.

Επιπρόσθετα στην επόμενη ερώτηση που διερευνάται η αλλαγή αυτή σε σχέση με το Ελληνικό Σύστημα Υγείας γενικότερα, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι το σύστημα υγείας στην Ελλάδα θα επηρεαστεί αρνητικά από αυτήν την αλλαγή. Έτσι διαφαίνεται η επιτακτική ανάγκη χάραξης νέων πολιτικών στην υγεία, ώστε να σταματήσει η συνεχής υποβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών για τους μετανάστες.

Στις τελευταίες δύο ερωτήσεις, οι οποίες ήταν ανοικτού τύπου, οι ίδιοι οι ερωτώμενοι διαπιστώνουν τα προβλήματα που προκύπτουν ανάμεσα σε αυτούς και τους μετανάστες στον κοινωνικό ιστό γενικότερα και ειδικότερα στο τομέα της υγείας.

Στην ερώτηση λοιπόν για το αν μπορούν να εκτιμήσουν τις προοπτικές των αλλοδαπών ασθενών, σε επίπεδο γλωσσικό, μαθησιακό και κοινωνικό, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε ότι αυτές οι προοπτικές δεν διαφαίνονται ευοίωνες. Ωστόσο υπήρξαν και κάποιοι που διατήρησαν μια σχετική αισιοδοξία. Αυτό οφείλεται στη πίστη τους για τις μέτριες προοπτικές που κατά τη γνώμη τους υπάρχουν, αν και κατά άλλους θα μπορούσαν να ενταχθούν οι αλλοδαποί στην κοινωνία μας, εάν η πολιτεία τους παραχωρούσε τα ίδια προνόμια και τον ίδιο βαθμό πρόνοιας. Υπήρξε και ένα μικρό ποσοστό ερωτηθέντων το οποίο θεωρεί ότι οι ξένοι θα πρέπει να επιστρέψουν στη χώρα τους.

Από τη σύνθεση των απαντήσεων είναι προφανής η ανάγκη που προκύπτει για νέες πολιτικές στο τομέα της υγείας.

Η τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου προσπαθεί να αναδείξει τις τελικές προτάσεις των ερωτηθέντων, που θα συμβάλλουν στη βελτίωση αυτής της κατάστασης.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων πιστεύει ότι η κατάσταση μπορεί να βελτιωθεί με την προϋπόθεση ότι δε θα υπάρχει προκατάληψη έναντι των αλλοδαπών, ότι η πολιτεία με μητρώο αλλοδαπών θα συμμορφωθεί στα διεθνή standards, και ότι ακόμη οι γιατροί-νοσηλευτές θα καταρτιστούν καλύτερα. Όλα αυτά βεβαίως εξασφαλίζονται εφόσον όλοι οι αλλοδαποί που εργάζονται αποκτήσουν δικαίωμα κοινωνικής ασφάλισης. Υπήρξε και ένα μικρό ποσοστό το οποίο θεωρεί ότι οι ξένοι που δεν εργάζονται θα πρέπει να απελαθούν από τη χώρα μας.

Από την ποικιλία των απαντήσεων θα λέγαμε ότι βρίσκουμε ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα και αποκαλυπτική την στάση των ίδιων των ερωτώμενων.

Όσον αφορά το Ιδιωτικό Νοσοκομείο "Ερρίκος Ντυνάν" στο οποίο απάντησαν συνολικά 51 ιατροί/νοσηλευτές, παρουσιάζουμε συνοπτικά τα αποτελέσματα των απαντήσεων.

Σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που απάντησαν με βάση το φύλο ήταν γυναίκες (17 Άρρεν-34 Θήλυ), με τους περισσότερους από αυτούς να είναι στην ηλικία μεταξύ 37-42 (σχετικά νέοι), και με χρόνια προϋπηρεσίας πάνω από επτά έτη (αρκετή εμπειρία). Με βάση την ειδικότητα το ποσοστό συμμετοχής στην έρευνα ήταν σχεδόν μοιρασμένο, δηλαδή ιατροί (52,9%) και νοσηλευτές (47,1%). Σημειώνουμε ότι στο Δημόσιο Νοσοκομείο η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν νοσηλευτές (65,%) και αυτό πιθανόν να επηρεάζει γενικότερα τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των δύο νοσοκομείων. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι ο γιατρός λόγω της φύσεως του επαγγέλματός του έχει πληρέστερη κατάρτιση από ένα νοσηλευτή. Έτσι για παράδειγμα η γλωσσική επάρκεια που έχουν συνολικά οι ιατροί συγκριτικά με τους νοσηλευτές είναι σε καλύτερο επίπεδο και αυτό σίγουρα επηρεάζει την συνδιαλλαγή τους με μετανάστες ασθενείς.

Από τις απαντήσεις στην πρώτη ερώτηση του ερωτηματολογίου προκύπτει ότι η παρουσία των πολιτισμικά διαφορετικών ασθενών στο νοσοκομείο δεν εμποδίζει σε κανένα βαθμό τη λειτουργία του νοσοκομείου, θεωρείται σε πολύ μεγάλο βαθμό φυσικό ακόλουθο της εισροής μεταναστών, είναι σε μικρό βαθμό στοιχείο ανανέωσης και δεν επηρεάζει την εργασία τους. Το ενδιαφέρον στοιχείο που αξίζει να σχολιάσουμε συγκριτικά με το αντίστοιχο αποτέλεσμα στο Δημόσιο Νοσοκομείο, είναι ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του Ιδιωτικού Νοσοκομείου έχει μια καλύτερη εικόνα για τους μετανάστες μέσα στην ελληνική κοινωνία. Ίσως η παρουσία τους σε ένα πιο οργανωμένο περιβάλλον εργασίας με διαφορετικές συνθήκες να έχει διαδραματίσει το ρόλο της σε αυτή τους τη στάση.

Από τη δεύτερη ερώτηση για τη ζητούμενη ερμηνεία του διαφορετικού μορφωτικού κεφαλαίου αυτών των ασθενών, προκύπτει ότι αυτό θεωρείται για τους ερωτώμενους ως μικρό πρόβλημα που πρέπει να αντισταθμιστεί στο όνομα της ομοιογένειας, ότι είναι στοιχείο πολύ διαφορετικό, αλλά ισότιμο και αποδεκτό και ότι επηρεάζει σε μικρό βαθμό την εργασία τους. Βασιζόμενοι στις απαντήσεις παρατηρούμε ότι για τους ερωτώμενους δεν υφίσταται ουσιαστικό πρόβλημα η ύπαρξη του διαφορετικού μορφωτικού κεφαλαίου που παράλληλα δεν εμποδίζει την εργασία τους, ωστόσο παραμένει ως στοιχείο πολύ διαφορετικό και απλά είναι ισότιμο και αποδεκτό. Συγκριτικά με τα αποτελέσματα που

προέκυψαν στο Δημόσιο Νοσοκομείο παρατηρούμε πως το μορφωτικό κεφάλαιο των ασθενών-μεταναστών αντιμετωπίζεται σε διαφορετική βάση. Αυτό σημαίνει ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στον ιδιωτικό τομέα, λόγω της καλύτερης οργάνωσης του συστήματος υγείας, είναι σε θέση να αντιμετωπίζει καλύτερα και με μεγαλύτερη σύνεση τα προβλήματα που ανακύπτουν σε σύγκριση με το δημόσιο νοσοκομείο.

Στην τρίτη ερώτηση η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ερμηνεύει τις γλωσσικές διαφορές ως στοιχείο που δημιουργεί σε μεγάλο βαθμό πρόβλημα κατανόησης και συνεννόησης στην επικοινωνία, ως φυσικό επακόλουθο του τόπου προέλευσης, ενώ σε σημαντικό βαθμό πιστεύει πως το πρόβλημα επικοινωνίας μπορεί να ξεπεραστεί με χρήση εξωγλωσσικών στοιχείων (χειρονομίες, εκφράσεις προσώπου κ.α.). Συμπερασματικά θα λέγαμε πως από τις απαντήσεις σε αυτή την ερώτηση και συγκριτικά με τις αντίστοιχες που προέκυψαν από αυτές στο Δημόσιο Νοσοκομείο, αναδεικνύεται επίσης ο σημαντικός προβληματισμός όσον αφορά την επικοινωνία μεταξύ μεταναστών ασθενών και νοσηλευτών/ιατρών. Ωστόσο προκύπτει η σπουδαιότητα χρήσης εξωγλωσσικών στοιχείων (χειρονομίες κ.λ.π.) προκειμένου να ξεπεραστούν προβλήματα στη διαπολιτισμική επικοινωνία μεταξύ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και των ασθενών.

Στην τέταρτη ερώτηση η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι θα πρέπει να κάνει το χρέος της και πιστεύει ότι οι ξένοι δεν αποτελούν καθόλου βάρος στη μεταξύ τους συνεργασία. Το ίδιο ισχύει και από τις απαντήσεις που δόθηκαν στο ότι η πλειοψηφία των ιατρών/νοσηλευτών δεν διακατέχεται από ευθυνοφοβία-ανασφάλεια λόγω της διαφορετικότητας των αλλοδαπών ασθενών. Συγκριτικά δηλαδή με τις αντίστοιχες απαντήσεις που δόθηκαν στο Δημόσιο Νοσοκομείο, απλά τονίζουμε εδώ το ιδιαίτερα ενθαρρυντικό στοιχείο της ύπαρξης ζήλου στη συνεργασία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τους αλλοδαπούς ασθενείς.

Στις επόμενες τέσσερις ερωτήσεις παρατηρήθηκαν και στα 2 νοσοκομεία παρόμοιες απαντήσεις.

Έτσι στην πέμπτη ερώτηση η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (60,8%) πιστεύει ότι ο αριθμός των αλλοδαπών ασθενών δεν επηρεάζει και δε διαφοροποιεί τις επικοινωνιακές πρακτικές τους.

Όπως και στην έκτη ερώτηση η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (60,8%) πιστεύει ότι η ηλικία των ασθενών δεν αποτελεί πρόβλημα στην οργάνωση της δουλειά τους.

Στην επόμενη ερώτηση η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (60,8%) απάντησε ότι η θρησκεία των ασθενών τους δεν αποτελεί εμπόδιο στην εργασία τους.

Στην όγδοη ερώτηση για το αν θεωρείται πρόβλημα η συναναστροφή με ασθενείς διαφορετικής κουλτούρας από αυτή των ερωτηθέντων, η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε ότι δεν υφίσταται τέτοιο πρόβλημα στην άσκηση των καθηκόντων τους, κάτι που τονίζουμε με έμφαση πως είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικό.

Στην επόμενη ερώτηση η αδιάφορη στάση που έχει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την αλλαγή του νοσοκομείου σε πολυπολιτισμικό, ερμηνεύεται από το λόγο ότι ο ιδιωτικός τομέας της υγείας και παράλληλα το προσωπικό που εργάζεται σε αυτόν δε μπορεί να επηρεαστεί στον ίδιο βαθμό με το δημόσιο τομέα καθώς λειτουργεί μέσα σε διαφορετικά πλαίσια και κανόνες.

Στην δέκατη ερώτηση η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα των αλλοδαπών ασθενών όταν βρίσκονται σε ελληνικό νοσοκομείο είναι η δυσκολία που συναντούν στην επικοινωνία. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να αναπτυχθούν πρωτοβουλίες για να ξεπεραστούν τα επικοινωνιακά προβλήματα προκειμένου τα νοσοκομεία να μπορούν να υποδεχθούν ισότιμα όλους τους ασθενείς ανεξαρτήτου εθνολογικής και πολιτισμικής προέλευσης. Από τη σύγκριση των αποτελεσμάτων στα δύο νοσοκομεία παρατηρούμε ότι η ανασφάλεια και ο φόβος που αναδεικνύεται ως το κατ'εξοχήν πρόβλημα στο Δημόσιο Νοσοκομείο, εμφανίζεται ως πρόβλημα επικοινωνίας στο Ιδιωτικό Νοσοκομείο. Είναι προφανές ότι η παροχή φροντίδας υγείας των αλλοδαπών ασθενών από το ιατρονοσηλευτικό των δύο εξεταζόμενων νοσοκομείων λειτουργεί κάτω από διαφορετικές συνθήκες.

Στην επόμενη ερώτηση για το αν αντιμετωπίζουν οι ερωτηθέντες δυσκολίες με τους αλλοδαπούς ασθενείς, η πλειοψηφία απαντά ότι τελικά λίγα είναι τα προβλήματα που ανακύπτουν με αυτούς όπως ακριβώς προέκυψε και με αυτούς στο δημόσιο νοσοκομείο.

Από τα αποτελέσματα της επόμενης ερώτησης που διερευνά τις προσδοκίες των ερωτηθέντων για την ένταξη των αλλοδαπών ασθενών στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, διαπιστώνεται η αισιοδοξία των περισσότερων (σε αντίθεση με τα αποτελέσματα από το δημόσιο νοσοκομείο) καθώς η πλειοψηφία έχει θετική γνώμη γι' αυτό το θέμα. Αυτό πιθανώς να βρίσκει εξήγηση στην ευελιξία που έχει ο ιδιωτικός τομέας της υγείας

συγκριτικά με τον δημόσιο τομέα, με σαφέστατο το πλεονέκτημα ανάληψης πρωτοβουλιών χωρίς γραφειοκρατικές διαδικασίες.

Η ίδια ακριβώς αντίθεση παρατηρείται και στην επόμενη ερώτηση που διερευνάται η αλλαγή αυτή σε σχέση με το Ελληνικό Σύστημα Υγείας γενικότερα. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι το σύστημα υγείας στην Ελλάδα θα επηρεαστεί θετικά από αυτήν την αλλαγή (σε αντίθεση από τις απαντήσεις που προέκυψαν στο Δημόσιο Νοσοκομείο). Η καλύτερη οργανωτική δομή και λειτουργία σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο που παρέχει συνθήκες ηρεμίας, σιγουριάς και ασφάλειας σε σύγκριση με αυτές που επικρατούν στο δημόσιο νοσοκομείο απαντά πιθανότατα σε αυτή την αντίθεση.

Στις τελευταίες δύο ερωτήσεις οι οποίες υπενθυμίζουμε ήταν ανοικτού τύπου δόθηκαν ποικίλες απαντήσεις.

Στην ερώτηση λοιπόν για το αν μπορούν να εκτιμήσουν τις προοπτικές των αλλοδαπών ασθενών, σε επίπεδο γλωσσικό, μαθησιακό και κοινωνικό, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε ότι αυτές οι προοπτικές είναι ευοίωνες, αφού οι αλλοδαποί έχουν ενταχθεί και έχουν περάσει από το εκπαιδευτικό σύστημα της χώρας μας με αποτέλεσμα να κατανοούν καλύτερα την λειτουργία της κοινωνίας μας και να βρίσκονται σε ένα γλωσσικό και μαθησιακό επίπεδο που καθιστά την επικοινωνία τους ικανοποιητική, όχι τόσο βέβαια στον τομέα της υγείας. Ως εκ τούτου είναι πολύ καλές οι προοπτικές σε αυτούς τους τομείς που προαναφέρθηκαν. Συγκριτικά με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την αντίστοιχη του δημόσιου νοσοκομείου, διακρίνουμε μια μεγαλύτερη αισιοδοξία όσον αφορά τις προοπτικές που υπάρχουν, τονίζουμε ωστόσο τη προβληματική εικόνα που ξεχωρίζει στον τομέα της υγείας.

Στην τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου προκύπτουν ποικίλες απαντήσεις με τις οποίες προτείνονται τρόποι και μέτρα για να βοηθηθεί η παρουσία των αλλοδαπών στην χώρα μας.

Πολλοί ερωτώμενοι καταλήγουν στο συμπέρασμα, ότι αυτό που θα βοηθήσει εκ νέου την κατάσταση είναι η εκπαίδευση όλων των αλλοδαπών με τη δημιουργία ενός αξιόλογου εκπαιδευτικού προγράμματος με στόχο την απόκτηση επαρκούς γλωσσικού επιπέδου για καλύτερη επικοινωνία και την ομαλότερη ενσωμάτωσή τους στην κοινωνία. Εξίσου αναγκαία κρίνεται και η εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για την καλύτερη συνδιαλλαγή του με ασθενείς διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης.

Συνοψίζοντας θα λέγαμε, ότι η βελτίωση του συστήματος της υγείας, ο επανακαθορισμός της μεταναστευτικής πολιτικής, η ταχύρρυθμη δωρεάν διδασκαλία της ελληνικής γλώσσας αλλά και του ελληνικού πολιτισμού, καθώς και η ένταξη στα ασφαλιστικά ταμεία, είναι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της διαπολιτιστικής επικοινωνίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αν κάποιος επιθυμούσε να σχολιάσει τα αποτελέσματα αυτής της αρκετά ενδιαφέρουσας έρευνας, θα μπορούσε να εστιασθεί σε δύο παραμέτρους. Η μία παράμετρος είναι τα γενικής αποδοχής συμπεράσματα, όπως αυτά προκύπτουν από την ομόφωνη γνώμη των συμμετεχόντων και στα δύο νοσοκομεία. Η δεύτερη παράμετρος είναι η μερική διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού νοσοκομείου.

Σχετικά με το πρώτο σκέλος των συμπερασμάτων, προκύπτει ότι υπάρχουν κάποιες γενικές γραμμές, οι οποίες αναμφίβολα διατρέχουν τις απαντήσεις όλων των συμμετεχόντων ανεξαιρέτως προέλευσης. Όπως απορρέει, υπάρχει μία αμφιθυμική στάση των υγειονομικών απέναντι στους μετανάστες. Από τη μία πλευρά διακρίνεται μια υπέρπυουσα δυσπιστία, η οποία σε αρκετές περιπτώσεις αγγίζει τα όρια ενός καινοφανούς για τα ελληνικά δεδομένα ρατσισμού, ενός σημαντικού τμήματος της κοινωνίας έναντι των μεταναστών. Από την άλλη πλευρά, η συνειδητοποίηση της ιδιαίτερης φύσης του ιατρικού και νοσηλευτικού λειτουργήματος, που επιτάσσει την παροχή περίθαλψης στον πάσχοντα συνάνθρωπο πέρα και έξω από κάθε διάκριση φύλου, θρησκείας, καταγωγής, οικονομικής και κοινωνικής προέλευσης αντισταθμίζει τη δυσπιστία και το ρατσισμό που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι οι μετανάστες (παράνομοι ή «νομιμοποιημένοι») αποτελούν μία «μαύρη τρύπα» στον εθνικό σχεδιασμό για την Εθνική Δημόσια Υγεία και είναι σημαντικό να βρίσκονται υπό «υγειονομική επιτήρηση», ώστε να μην επέλθουν δραματικές και ανεξέλεγκτες αλλαγές στο νοσολογικό χάρτη της χώρας (πχ επιδημίες γρίπης, εισαγωγή ανθεκτικών στελεχών μικρο-οργανισμών φυματίωσης από την λαθραία διαβίωση παρανόμων μεταναστών).

Είναι προφανές ότι οι παραπάνω διαπιστώσεις οδηγούν στο αναπόφευκτο συμπέρασμα ότι είναι αναγκαία μία νέα μεταναστευτική πολιτική, η οποία θα έχει μία σημαντική παράμετρο που θα αφορά τις πολιτικές υγείας. Μία σύγχρονη μεταναστευτική πολιτική ενθαρρύνει την ενσωμάτωση των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία, αξιοποιώντας τα οικονομικά, πολιτιστικά και δημογραφικά πλεονεκτήματα της παρουσίας τους (θυμίζουμε

το παράδειγμα των Αλβανών), χωρίς όμως να επιτρέπει να μετατραπεί η χώρα σε ένα «διαμετακομιστικό» κόμβο ακατάσχετης ροής εξαθλιωμένων μεταναστών – θυμάτων σύγχρονων δουλεμπόρων με διαλυτικές συνέπειες στην ελληνική κοινωνία. Σημαντική συνιστώσα της νέας αυτής προσέγγισης οφείλει να είναι η μεταναστευτική πολιτική υγείας. Εστιάζοντας περισσότερο σε αυτή την παράμετρο, θα προτείνουμε την επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό της υγείας προκειμένου να λειτουργήσει ως έμβιος βραχίονας για την άσκηση πολιτικών υγείας προς τους μετανάστες στα πλαίσια μίας πραγματικά έννομης πολιτείας και κοινωνίας δικαίου. Πιο ειδικά, χρειάζονται δράσεις κατάρτισης και δια βίου μάθησης με στόχο οι υγειονομικοί να βελτιώσουν τη δυνατότητα επικοινωνίας με τους μετανάστες, να αποδεχθούν τη διαφορετικότητα του «άλλου» και να «συλλειτουργήσουν» με τους μετανάστες με στόχο την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας χωρίς διακρίσεις, αλλά και τη διαφύλαξη της Δημόσιας Υγείας.

Στο σημείο αυτό προτείνεται μία εκπαίδευση διαπολιτισμικού περιεχομένου που να μπορεί να ενσωματώνει επιμορφωτικά σεμινάρια επαγγελματικής κατάρτισης. Αυτό σημαίνει ότι ο λειτουργός της υγείας έχοντας αφομοιώσει τις αρχές του σεβασμού της προστασίας των ατομικών δικαιωμάτων των αλλοδαπών ασθενών, θα πρέπει να επιδίδεται με ζήλο, αφοσίωση και μεθοδικότητα στην παροχή περίθαλψης. Η δια βίου εκπαίδευσή του θα πρέπει να τον βοηθήσει να συνειδητοποιήσει το ρόλο του και μέσα από τη διδασκαλία συγκεκριμένων επικοινωνιακών πρακτικών θα συμβάλλει στην ομαλότερη εξοικείωσή του με το στοιχείο της ετερότητας. Εκτός όμως από το θέμα της εκπαίδευσης θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη και ο ρόλος του διαμεσολαβητή της υγείας (transcultural mediator), ένα μοντέλο απαραίτητο για τη βελτίωση της πρόσβασης των αλλοδαπών ασθενών στις υπηρεσίες υγείας. Ο διαμεσολαβητής στην υγεία είναι στην ουσία κοινωνικός λειτουργός ο οποίος είναι σε θέση λόγω της εμπειρίας του να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε αυτούς που δεν είναι εξοικειωμένοι με το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας. Όπως έχει αναφερθεί στο κύριο μέρος της εργασίας μας, ο βασικός ρόλος του διαπολιτισμικού διαμεσολαβητή είναι να εξηγεί και στα δύο μέρη (ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και μετανάστες-ασθενείς) τις προσδοκίες τους και να διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ τους κυρίως στην περίπτωση της ιατρικής γνωμάτευσης.

Η ανάλυση των, σχετικά μικρών, διαφοροποιήσεων μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου νοσοκομείου επιβεβαιώνει περαιτέρω τη βασιμότητα των συμπερασμάτων, αλλά και των συνεπακόλουθων προτάσεων που αρθρώσαμε. Στο ιδιωτικό τομέα η εξοικείωση του νοσηλευτικού και, κατ' εξοχήν, του ιατρικού προσωπικού με την «ετερότητα» του ξένου

είναι αρκετά μεγαλύτερη (λόγω διαφορετικού πλαισίου λειτουργίας, αλλά και πιθανώς επίπεδου σπουδών). Ακόμη πιο σημαντική όμως είναι η διαπίστωση ότι οι παράνομοι μετανάστες σπανίως θα προσφύγουν στις υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα για προφανείς οικονομικούς λόγους, ενώ αντίθετα οι εργαζόμενοι στον ιδιωτικό τομέα έρχονται σε επαφή κυρίως με νόμιμους μετανάστες σε διαδικασία ενσωμάτωσης, οι οποίοι έχουν την οικονομική ευχέρεια και την ασφαλιστική κάλυψη (δημόσια ή ιδιωτική) να προσφύγουν στις εξειδικευμένες υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ενδελεχής μελέτη μας στο χώρο της υγείας ολοκληρώνεται και είναι αναγκαίο να συνοψίσουμε αλλά και να αναφερθούμε επιλεκτικά στα σημεία εκείνα που καθιστούν την παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής περίθαλψης αποτελεσματικότερη και τη λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγείας και πρόνοιας ομαλότερη.

Τα αποτελέσματα της έρευνας ανάμεσα στο δημόσιο και το ιδιωτικό νοσοκομείο σχετικά με την πρόσβαση των αλλοδαπών ασθενών στις υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης δίνουν ένα προβάδισμα στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος εγγυάται σε μεγαλύτερο βαθμό καλύτερη ποιότητα, οργάνωση, ευελιξία και ασφάλεια στην οργάνωση του συστήματος υγείας. Ενδεχομένως η πιο στέρεη οικονομική βάση στην οποία στηρίζεται ο ιδιωτικός τομέας και η μεγαλύτερη επένδυση κονδυλίων που γίνεται για τη λειτουργία των ιδιωτικών νοσοκομείων να εξηγεί σε μεγάλο βαθμό αυτή την ευρωστία.

Ωστόσο οι γενικότερες ενδείξεις δεν είναι απαγορευτικές αλλά αντιθέτως είναι ενδεικτικές των προσπαθειών που γίνονται στη χώρα μας για μια ουσιαστικότερη συνδιαλλαγή με τους ασθενείς-μετανάστες. Στο ελληνικό κράτος, που είναι αποδέκτης μεταναστών καθ'όλη τη διάρκεια της σύγχρονης ιστορίας του, η εθνική ποικιλομορφία δε συνιστά καινούριο φαινόμενο στον τομέα της ιατρικής περίθαλψης. Σχετικά με την πολιτιστική ποικιλομορφία και μετανάστευση, ο ρόλος των ιατρικών υπηρεσιών (στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα) δεν περιορίζεται μόνο στην παροχή ιατρικής φροντίδας, αλλά στοχεύει να αντιμετωπίσει κάθε μορφής κακώς κείμενα καθώς και να ανταποκριθεί στις ειδικευμένες ιατρικές ανάγκες συγκεκριμένων ομάδων, όπως των εθνικών μειονοτικών ομάδων. Η βελτίωση της ποιότητας της υγείας πάντα θα αποτελεί σημαντική προτεραιότητα για όλες τις κυβερνήσεις και η πρόσβαση στις υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης βρίσκεται συνεχώς στο προσκήνιο.

Στα πλαίσια του δικαίου της Ε.Ε η ελληνική χώρα φροντίζει ώστε ο νόμος για την υγεία να δημιουργήσει ένα περιβάλλον στο οποίο η υγεία και η προστασία των ατομικών δικαιωμάτων και γενικών αρχών για την ισότητα και δικαιοσύνη να είναι αλληλένδετα.

Η έρευνα που διεξήχθη απέδειξε ότι η επαφή με ασθενείς διαφορετικής κουλτούρας είναι ένα θέμα ευαίσθητο και επηρεπές σε άγχος και προκαλεί διάφορες προκλήσεις. Πάντως για την αντιμετώπιση των πάσης φύσεως προβλημάτων που κατά καιρούς προκύπτουν από

τη συνδιαλλαγή με την πολιτιστική ετερότητα, είναι αναγκαίο να γίνουν κοινή συνείδηση από πλευράς ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, οι εξής διαπιστώσεις:

1. Να εμπεδωθεί ότι ο τρόπος οργάνωσης του συστήματος υγείας πρέπει να διακρίνεται από διαπολιτισμικότητα.
2. Να αναπτύσσεται συνεχώς η ικανότητα του προσωπικού να προσφέρει τις υπηρεσίες του με σεβασμό στην πολιτισμική ιδιαιτερότητα του ασθενή-μετανάστη.
3. Να εξαλειφθούν οι πάσης φύσεως ρατσιστικές αντιλήψεις και να αξιοποιηθούν τα οικονομικά και πολιτισμικά πλεονεκτήματα της παρουσίας των μεταναστών.

Τέλος είναι απαραίτητο και θεμελιώδες ο λειτουργός της υγείας να συνειδητοποιήσει ότι στην ιατρική ο δρόμος είναι μακρύς και δύσβατος και ότι είναι υποχρέωσή του να μην εγκαταλείπει τους ασθενείς του (σε οποιαδήποτε πολιτισμική ή θρησκευτική ομάδα και αν ανήκουν αυτοί). Ακόμη ότι πρέπει να διευκολύνει την πορεία της ανάρρωσής τους με μικρές και προσωπικές συνεισφορές ή με μεγαλύτερης εμβέλειας διοικητικά μέτρα. Τότε μόνο μπορεί να θεωρήσει τον εαυτό του θεραπευτή και να νιώσει ότι έχει προσφέρει το μέγιστο δυνατό στους συνανθρώπους του.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανασίου, Λ. (2001). «Προβλήματα διαπολιτισμικής προσέγγισης της εκπαίδευσης στην Ελλάδα», *ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ*, σελ.15-25.

Γιάννου, Σ. (2003). "Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα του μετανάστη στο νοσοκομείο". Πρακτικά 14ης Επιστημονικής Ημερίδας Νοσηλευτών Νεφρολογίας.

Γαϊτανίδου, Ε. (2002). « Η περίθαλψη του μετανάστη ασθενή στην Ελλάδα: Η περίπτωση των νοσοκομείων του ΕΣΥ». Διπλωματική εργασία, Τομέας Πολεοδομίας και Χωροταξίας, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο.

Γιαννόπουλος, Δ. (et al.) (2000). "Δείκτες Ηπατίτιδας Β & C σε μετανάστες από τα Βαλκάνια". Ανακοίνωση στο 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας & Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα.

Δαμανάκης, Μ. (2002). *Η Εκπαίδευση των Παλλινοστούντων και Αλλοδαπών Μαθητών στην Ελλάδα*, Gutenberg, Αθήνα.

Ιορδάνου, Π. (2008). "Διαπολιτισμικά Στοιχεία", Σημειώσεις ΤΕΙ Αθήνας, ΣΕΥΠ Νοσηλευτική Α'.

Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2004). "Πανεπιστημικές Παραδόσεις Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής", Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα, 2004, σελ. 6-8.

Κασιμάτη, Κ. (2006). "Η ένταξη των Αλβανών μεταναστών στην ελληνική κοινωνία", στο Μπαγκαβός, Χ., Παπαδοπούλου Δ., *Μετανάστευση και ένταξη των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία*, Gutenberg, Αθήνα, σελ.353-412.

Καψάλης, Α., Κατσοριδάς, Δ. (2004). "Σύνοψη του νομικού καθεστώτος παραμονής και εργασίας των μεταναστών εργαζομένων στην Ελλάδα", Ενημέρωση, Τεύχος 104, Έκδοση Ινστιτούτου Εργασίας ΓΣΕΕ.

Κορνάρου, Ε., Λάζος, Γ., Ρουμελιώτου, Α. (2001). "Η αλλαγή στη λειτουργία της αγοράς των εκδιδόμενων γυναικών με την είσοδο αλλοδαπών οικονομικών μεταναστριών και οι κίνδυνοι μετάδοσης του AIDS", Σειρά εκδόσεων για τη Δημόσια Υγεία και τη Φροντίδα Υγείας στα Βαλκάνια, Τόμος 6, Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, σελ.27-43.

Κορνάρου, Ε., Ρουμελιώτου, Α. (2001). "Η επιδημιολογική εικόνα της φυματίωσης και τα αίτια της επανεμφάνισής της", στο: *Σειρά εκδόσεων για τη Δημόσια Υγεία και τη Φροντίδα Υγείας στα Βαλκάνια*, Τόμος 6, Δημόσια Υγεία και Μετανάστευση, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2001, σελ.13-25.

Κούρτοβικ, Ι. (2001). "Μετανάστες: Ανάμεσα στο δίκαιο και στη νομιμότητα", στο : *Μαρβάκης, Αθ., Παρσανόγλου, Δ., Παύλου, Μ.(επιμ), Μετανάστες στην Ελλάδα*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, σελ.163-198.

Λάσκαρη, Α. (2003). "Διαπολιτισμική Νοσηλευτική". Πρακτικά 14ης Επιστημονικής Ημερίδας Νοσηλευτών Νεφρολογίας.

Μαράτου-Αλιπραντή, Λ., Γκαζόν, Ε. (2005). *Μετανάστευση και υγεία και πρόνοια. Αποτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης. Προκλήσεις και προοπτικές βελτίωσης*. ΙΜΕΠΟ, Αθήνα.

Μαράτου-Αλιπραντή, Λ., Γκαζόν, Ε. (2005a). *Μετανάστευση και Κοινωνική Ασφάλιση: Μία προσέγγιση με βάση δεδομένα έρευνας EU-SILC και των Ασφαλιστικών Ταμείων*. ΕΚΚΕ, Αθήνα.

Μαρβάκης, Α., Παρσανόγλου, Δ. & Παύλου, Μ. (επιμ.) (2001). *Μετανάστες στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Οικονόμου, Χ. (2004). *Πολιτικές Υγείας στη Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*. Εκδόσεις Δόνικος, Αθήνα, σελ.279-284.

Παπαδοπούλου, Δ. (2006). "Μορφές κοινωνικής ένταξης και κοινωνικής ενσωμάτωσης των μεταναστών. Το παράδειγμα της Περιφέρειας Αττικής", στο: Μπαγκαβός, Χ., Παπαδοπούλου, Δ., *Μετανάστευση και ένταξη των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία*. Gutenberg, Αθήνα, σελ. 291-353.

Παπαευαγγέλου, Γ., Τσίμπος, Κ. (2004). *Ιατρική Δημογραφία και Οικογενειακός Προγραμματισμός*, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, σελ.117-118.

Παπακωνσταντίνου, Θ. (1970). *Πολιτική Αγωγή*. 2η έκδοση, Karavas Hellas, Αθήνα.

Παπασιώττη-Πασιά, Ζ. (2006). *Ο νέος νόμος 3386/2005 για τους αλλοδαπούς. Σκέψεις και προβληματισμοί*. Κέντρο Διεθνούς και Ευρωπαϊκού Οικονομικού Δικαίου, Τομέας Διεθνών Σπουδών, Νομική Σχολή ΑΠΘ, Εκδόσεις Αντ.Ν.Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, σελ.11-12.

Σουρτζή, Π. (2002). "Πανεπιστημιακές Σημειώσεις Δημογραφίας", Τομέας Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, σελ.1.

Τριανταφυλλίδου, Α. (2005). *Ελληνική Μεταναστευτική Πολιτική. Προβλήματα και Κατευθύνσεις*. Ελληνικό Ίδρυμα Ευρωπαϊκής και Εξωτερικής Πολιτικής (ΕΛΙΑΜΕΠ), Αθήνα.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Andrews, M.** (1992). "Cultural perspectives on nursing in the 21 st century". *Journal of Professional Nursing* ,8(1): 1-9.
- Andrews, M.M., & Boyle, J.S.** (1999). *Transcultural concepts in nursing care (3rd Ed)*. Philadelphia P.A., J.B. Lippincott Co, :10-35.
- Balduin, D.** (1996). *A model for describing low-income African American women's participation breast and cervical cancer early detection and screening*. *Advances in Nursing Science* 19: 27-42.
- Ballard, R. (ed)** (1994). *Desh Parlesh:the SouthAsian presence in Britain*. Hurst and Co, London.
- Baumann, G** (1991). *Contesting culture:discourses of indentity in multi-ethnic London*. Cambridge.
- Campinha – Bacote, J.** (1998). *The process of cultural competence in the Delivery Healthcare Services: A culturally competent model of care 3rd edition*. Transcultural C.A.R.E. Associates, Cincinnati OH.
- Cooper – Patrick, L., Gallo, J., Gonzales, H. et al.** (1999). *Race, gender and partnership in the patient – physician relationship*. *JAMA* 282(6):583-589.
- Dossey, B., Keegan, L., & Guzetta, C.** (2000). *Holistic Nursing: A handbook for Practice. 3rd edition*. Aspen Publishers Inc, Gaithersburg Maryland pp. 156-162.
- Dreher, M & MacNaughton,N.**(2002). *Cultural competence in nursing: Foundation or fallacy?* *Nursing Outlook*, 50(5), 181-186.
- Ebersole, P., Hess, P.** (1994). *Toward Healthy Aging:Human Needs and Nursing Response*. Mo. C. V. Mosby. St. Louis.
- Foerch, Cl. & Kasper, G.** (1992). "Plans and strategies in foreign language communication", in Foerch Cl. & Kasper, G. (ed.). *Strategies in Interlanguage Communication*. London: Longman,pp. 20-60.

Giger, J., & Davidhizar, R. (1999). *Transcultural Nursing: Assesment and Intervention*. 3rd edition. Mosby – Year Book Inc, St. Louis.

Glittenberg, J. (2004). “A transdisciplinary, transcultural model for health care”, *Journal of Trascultural Nursing*, 15(1):6-10.

Jackson, R & Nesbitt, E.M. (1993). *Hindu children in Britain*. Trentham,Stoke on Trent.

Karmi, G.(1993). “Migration and health after 1992”,in: *Normand and Vaughan,(eds)*. pp 118-125.

Leininger, M. (1970). *Nursing and anthropology: Two worlds to blend*. New York:John Wiley&Sons.(Reprinted in 1994 by Greyden Press, Columbus, OH).

Leininger, M. (1978). *Transcultural Nursing: The study and practice field*. Imprint 1991, 38 (2): 55 – 66passim.

Leininger, M. (1990). *Ethical and moral dimensions of care*. Detroit, MI: Wayne State University Press.

Leininger, M. (1991). *Cultural care diversity and universality: A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing Press, 3-5

Leininger, M. (1994). *Quality of care from a transcultural nursing perspective*. *Nursing Science Quarterly*.7(1): 22-28.

Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practices*.Blacklick OH:Mc Graw-Hill College Custom Series,New York.

Leininger, M. (1997). *Future directions in transcultural nursing in the 21st century*. *Ink. Nurs. Rev.* , 44 (1): 19-23

Leininger, M. (2001). “Founder’s focus:Types of sciences and transcultural nursing knowledge”. *Journal of Transcultural Nursing*, 12:33.

Leininger, M. (2002). “Transcultural nursing and globalization of health care: importance, focus and historical aspects.” In Leininger M., McFarland, M.R. *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice*. New York, McGraw – Hill, Inc. pp3-44.

Leininger, M.&McFarland, M. (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practices*. 3rd edition. McGraw-Hill, New York.

Lin, K., Poland, R. & Lesser, I. (1986). *Ethnicity and Psychopharmacology. Culture Medicine and Psychiatry*. 10:151-165.

Mead, M. (1955). *Cultural Patterns and Technical Change*, UNESCO, Reprinted as: A Mentor Book, The New American Library, NY.

MJ, Herskovits. (1973). *Cultural Relativism: Perspectives in Cultural Pluralism*, New York, Vintage Books.

Pumell, L. & Paulanka, B. (1998). *Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach*. Davis Company, Philadelphia.

Purnell, L.D. & Paulanka, B.J. (2003). *Trascultural Health Care: A Culturally Competent Approach (2nd Ed)*. Philadelphia: Davis Company, pp. 1-7.

Rey, M. (1991). "Human Rights and intercultural education" in H.Starkey(ed), *The Challenge of Human Rights Education*. Cassel and Council of Europe, London, pp.135-151.

Reynolds, C & Leininger, M. (1993). Madeleine Leininger: Culture Care Diversity Universality Theory.Sage Publications Inc.,London.

Sealey, L. (2003) «Cultural competence of faculty of Baccalaureate nursing programs». Dissertation. Louisiana State University, Louisiana, USA.

Schorr, T&Kennedy, M. (1999). *100 Years of American Nursing: Celebrating a Century of Caring*. Lippincott,Philadelphia.

Talabere, L.R. (1996). "Meeting the challenge of culture care in nursing: Diversity, sensitivity, and congruence". *Journal of Cultural Diversity*, 3(2),53-61.

ΙΣΤΟΤΟΠΟΙ

BABEΛ (<http://www.syn-eirmos.gr/index.html>, πρόσβαση 12.02.09)

Γιατροί του Κόσμου (<http://www.mdmgreece.gr>, πρόσβαση 4.02.09)

Γιατροί Χωρίς Σύνορα (<http://www.msf.gr>, πρόσβαση 8.02.09)

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος, Απογραφή 2001, www.statistics.gr.

Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών-Πληροφορική Της Υγείας (2008) Παροχή φροντίδας υγείας σε παλινοστούντες και μετανάστες (<http://immigrants-health.duth.gr/asfaleia%20kai%20%yggeia.html>) (πρόσβαση 09/08/2009)

Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (<http://www.redcross.gr>, πρόσβαση 12.02.09)

Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες (<http://www.gcr.gr>, πρόσβαση 08.02.09)

“Καταπολέμηση της ανασφάλειας: Τρομοκρατία, οργανωμένο έγκλημα, παράνομη μετανάστευση” (http://www.ypes.gr/y pes_po/detail.asp?docid=2155) (πρόσβαση 30/06/2009).

"Μεταναστευτικό φαινόμενο στην Ελλάδα: Αποτίμηση, εξελίξεις και προοπτικές", www.ydt.gr

Μπένος, Γ. (2004). “Η σημασία της μετανάστευσης”. (http://www.apodimos.com/arthra/05/May/h_shmasia_ths_metanasteyshs/index.htm) (πρόσβαση 10/08/2009)

Μπουφίδης, Σ. (1999). “Ματαιώση ονείρων, ψυχασθένειες και μετανάστες”. Γιατροί Χωρίς Σύνορα. (<http://www.msf.gr/index.php?option=comcontent&task=view&id=61&Itemid=248>) (πρόσβαση 09/08/2009)

Παπάνης, Α. (2009). “Η σημασία της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης στην Ευρώπη”.
(<http://epapanis.blogspot.com/2009/09/blog-post.html>) (πρόσβαση 30/9/2009)

PRAKSIS (<http://www.praksis.gr> , πρόσβαση 4.02.09)

Balduin, D. (2003). “Disparities in health and health care: focusing efforts to eliminate unequal burdens.” *Online Journal of Issues in Nursing*. Vol. 8 No. 1, Manuscript 1
(<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume82003/No1Jan2003/DisparitiesinHealthandHealthCare.aspx>)
(available 29/08/2009)

Cook, C. (2003). “The many faces of diversity: Overview and Summary.” *Online Journal of issues in nursing* Vol 8 No 1 (<http://nursingworld.org/ojin/topic20/tpc20ntr.htm>)
(available 14/09/2009)

ΓΛΩΣΣΑΡΙ

Βιο-πολιτισμός (bio- culture): αποδίδει τις διαφορετικές εκφράσεις και εκφάνσεις βιολογικών παραμέτρων, όπως ο πόνος, σε διαφορετικά φυσικά περιβάλλοντα ή σε διαφορετικές σχετιζόμενες με τη φροντίδα δομές.

Διαπολιτισμική εκπαίδευση(transcultural education): μία προσπάθεια ενάντια στη νομιμοποίηση των όποιων αφομοιωτικών τάσεων του κράτους απέναντι στη μειονότητα, τη διατήρηση και την προαγωγή των κοινωνικών και πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων της και το μέσο για ισό-τιμη συμμετοχή στην κοινωνική και πολιτική ζωή της χώρας στην οποία ανήκει.

Διαπολιτισμική επικοινωνία (Transcultural Communication): είναι η διαπολιτισμική αλληλεπίδραση και διεθνής επικοινωνία, η συνειδητή συνάντηση υποκειμένων διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης με χρήση διαφορετικών κωδίκων, συμβάσεων, στάσεων και τρόπων συμπεριφοράς.

Διαπολιτισμική Νοσηλευτική (Transcultural Nursing): μια τυπική περιοχή μελέτης και πρακτικής επικεντρωμένη σε μια συγκριτική ανάλυση της διαφορετικής κουλτούρας και υποκουλτούρας παγκοσμίως, με σεβασμό στην ποιοτική φροντίδα, τις πεποιθήσεις της υγείας και της νόσου, τις αξίες και τις πρακτικές εφαρμογές, έχοντας ως στόχο τη χρήση της γνώσης αυτής για την περιοχή πολιτισμικά εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας.

Διαπολιτισμικός (transcultural): όρος «διαπολιτισμικός», ακριβώς επειδή περιέχει τον σύνδεσμο «δια», υποδηλώνει απαραίτητα: διάδραση, ανταλλαγή, κατάργηση των φυλετικών διακρίσεων, αμοιβαιότητα, αλληλεξάρτηση και αλληλεγγύη. Καθώς περιέχει και τον όρο «πολιτισμός», υποδηλώνει με τον πληρέστερο τρόπο: αναγνώριση των αξιών, των τρόπων ζωής και των συμβολικών παραδοχών, στις οποίες οι άνθρωποι, ως άτομα και ως ομάδες, αναφέρονται στις συνδιαλλαγές τους με τους άλλους, στον τρόπο που βλέπουν τον κόσμο, καθώς και στην αποδοχή ότι οι συνδιαλλαγές διαδραματίζονται παράλληλα τόσο ανάμεσα στις πολλαπλές καταγραφές του ενός και ίδιου πολιτισμού, όσο και ανάμεσα στους διάφορους πολιτισμούς στο χώρο και το χρόνο.

Εθνοκεντρισμός (ethnocentrism): είναι η χρήση της ιδιαίτερης εθνικής κουλτούρας ή πολιτισμού ως μέτρο σύγκρισης και κριτικής θεώρησης άλλων κουλτουρών ή πολιτισμών από μεμονωμένα άτομα ή κοινωνικές ομάδες, περικλείοντας συχνά και την πεποίθηση για την ανωτερότητα της.

Επικοινωνία (communication): η διαδικασία δημιουργίας, ανταλλαγής, ερμηνείας, αξιολόγησης και αξιοποίησης συμβόλων, σημάτων, πληροφοριών και μηνυμάτων.

Επιπολιτισμός (acculturation): η διεργασία της πολιτισμικής αλλαγής, είτε ενός ατόμου είτε μιας ομάδας, ως αποτέλεσμα συνεχούς επαφής μεταξύ μελών διαφορετικών ομάδων.

Κουλτούρα (culture): αναφέρεται σε ήθη, έθιμα, αξίες, πιστεύω και ιδανικά που μαθαίνονται και διαδίδονται μεταξύ των μελών μιας ομάδας και καθοδηγούν τις σκέψεις, τις αποφάσεις και τις πράξεις τους με συγκεκριμένο τρόπο.

Λαθρομετανάστης (illegal immigrant): αυτός που μετακινείται και εγκαθίσταται σε χώρα άλλη από αυτήν της καταγωγής του, χωρίς να πληροί τους απαραίτητους όρους ή χωρίς να έχει περάσει από τις νόμιμες διαδικασίες.

Μετανάστευση (immigration): ως η γεωγραφική (ομαδική ή ατομική) μετακίνηση πληθυσμού από μία χώρα (αποστολής ή αποδοχής) ή από μία περιοχή σε άλλη περιοχή της ίδιας χώρας (τόπος καταγωγής ή αναχώρησης και άφιξης ή εγκατάστασης) που συνεπάγεται την αλλαγή διαμονής του μετακινούμενου. Η μετανάστευση μπορεί να διακριθεί σε εξωτερική ή διεθνής μετανάστευση ή αποδημία, σε εσωτερική μετανάστευση ή αστυφιλία, σε εκούσια ή εθελοντική και ακούσια ή αναγκαστική.

Πολιτισμική γνώση (cultural knowledge): η διαδικασία απόκτησης ενός ισχυρού θεωρητικού υπόβαθρου, σχετικού με τον τρόπο θεώρησης του κόσμου από διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες.

Πολιτισμική διαμεσολάβηση (cultural mediation): η κατανομή ατόμων ή ομάδας ατόμων από διαφορετικές κουλτούρες μεταξύ τους, για να μειωθούν οι προστριβές και να ενθαρρυνθούν αλλαγές.

Πολιτισμική ποικιλομορφία (cultural diversity): αναφέρεται σε διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις διάφορες πολιτισμικές ομάδες που προκύπτουν από τις διαφορές σε τρόπους ζωής, γλώσσα, αξίες, ήθη, έθιμα και άλλες πολιτισμικές παραμέτρους.

Πολιτισμικός σχετικισμός (cultural relativism): η άποψη ότι διαφορετικές κουλτούρες και οι ποικίλες εκδηλώσεις τους είναι εξίσου έγκυρες στις επιταγές τους για τη συμπεριφορά.

Πολιτισμός (civilization): είναι το σύνολο των υλικών και πνευματικών προϊόντων δράσης ενός συνόλου ανθρώπων (κοινωνικού, εθνικού, θρησκευτικού κ.τ.λ) σε ορισμένη ή μη εποχή.

Πολυπολιτισμικότητα (multiculturalism): είναι ένα εμπειρικά διαπιστωμένο γεγονός και δηλώνει ότι σε μία κοινωνία συνυπάρχουν διάφορες κοινωνικές ομάδες διαφορετικής εθνικής και πολιτισμικής προέλευσης και ότι αυτές οι ομάδες καταφέρνουν και συμβιώνουν.

Στερεότυπα (stereotypes): η πεποίθηση ότι τα μέλη μίας πολιτισμικής ομάδας πρέπει να προσαρμόζονται σε ένα σύνολο αληθινών ή αντιληπτών συμπεριφορών και πιστεύω.

Ταυτότητα (identity): η ιδιαίτερη σειρά προσωπικών χαρακτηριστικών με τα οποία είναι γνωστός ένας άνθρωπος, τόσο ως άτομο όσο και ως μέλος μιας ομάδας.

Ταυτότητα, πολιτισμική (identity, cultural): το σύνολο των στάσεων, των πεποιθήσεων, των εθίμων, της γλώσσας, των κοινωνικών δεξιοτήτων και των αξιών που χαρακτηρίζουν αυτούς που ανήκουν σε μία συγκεκριμένη κουλτούρα.

Υποκουλτούρα (subculture): στο πλαίσιο μίας κουλτούρας, μία υποομάδα που έχει ξεχωριστά συμπεριφορικά, υλικά ή και ιδεολογικά χαρακτηριστικά, αλλά η οποία δε μπορεί να υπάρξει ανεξάρτητα από την πλειοψηφούσα κοινωνία (π.χ.: εθνικές μειονότητες ή φυλές, επαγγελματικές συντεχνίες, θρησκευτικές αιρέσεις).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΦΥΛΟ

Άρρεν

Θήλυ

ΗΛΙΚΙΑ

25-30

31-36

37-42

43-47

48-53

54+

ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ

1 – 3

4-6

7+

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Νοσηλεύτης

Ιατρός

1. Πώς ερμηνεύετε την παρουσία των πολιτισμικά διαφορετικών ασθενών στο Νοσοκομείο;

α) Ως εμπόδιο στη λειτουργία του Νοσοκομείου.

Πάρα πολύ	Πολύ	Λίγο	Καθόλου

β) Ως φυσικό επόμενο της εισροής μεταναστών.

Πάρα πολύ	Πολύ	Λίγο	Καθόλου

γ) Ως στοιχείο ανανέωσης και εμπλουτισμού.

Πάρα πολύ	Πολύ	Λίγο	Καθόλου

δ) Ως στοιχείο που δεν επηρεάζει την εργασία σας.

Πάρα πολύ	Πολύ	Λίγο	Καθόλου

2. Πώς ερμηνεύετε το διαφορετικό μορφωτικό κεφάλαιο αυτών των ασθενών;

α) Ως πρόβλημα, που πρέπει να αντισταθμιστεί στο όνομα της ομοιογένειας.

Πάρα πολύ	Πολύ	Λίγο	Καθόλου

β) Ως στοιχείο διαφορετικό, αλλά ισότιμο και αποδεκτό.

Πάρα πολύ	Πολύ	Λίγο	Καθόλου

γ) Ως στοιχείο που δεν επηρεάζει την εργασία σας.

Πάρα πολύ	Πολύ	Λίγο	Καθόλου

3. Πως ερμηνεύετε τις γλωσσικές διαφορές.

α) Ως πρόβλημα κατανόησης και συνεννόησης.

Πάρα πολύ	Πολύ	Λίγο	Καθόλου

β) Ως φυσικό επακόλουθο του τόπου προέλευσης.

Πάρα πολύ	Πολύ	Λίγο	Καθόλου

γ) Ως πρόβλημα, το οποίο μπορεί να ξεπεραστεί χρησιμοποιώντας εξωγλωσσικά στοιχεία (χειρονομίες, εκφράσεις προσώπου κ.α.).

Πάρα πολύ	Πολύ	Λίγο	Καθόλου

4. Πώς προσλαμβάνει ο ιατρός / νοσηλευτής το ρόλο του στην πολυπολιτισμική υγεία;

α) Ότι πρέπει απλά να κάνει το χρέος του.

Πάρα πολύ	Πολύ	Λίγο	Καθόλου

β) Ως βάρος μια και δε μπορεί να συνεργαστεί με τους ξένους.

Πάρα πολύ	Πολύ	Λίγο	Καθόλου

γ) Με ευθυνοφοβία - ανασφάλεια λόγω της διαφορετικότητας των αλλοδαπών ασθενών.

Πάρα πολύ	Πολύ	Λίγο	Καθόλου

5. Ο αριθμός των αλλοδαπών ασθενών επηρεάζει και διαφοροποιεί τις γενικότερες επικοινωνιακές πρακτικές που υιοθετείτε;

Ναι

Όχι

Δεν γνωρίζω.

6. Η ηλικία των ασθενών επηρεάζει και διαφοροποιεί τις επιλογές σας στην οργάνωση της δουλειάς σας;

Ναι

Όχι

Δεν γνωρίζω.

7. Θεωρείτε πρόβλημα τη θρησκεία των ασθενών σας ως εμπόδιο στην εργασίας σας;

Ναι

Όχι

Δεν γνωρίζω.

8. Θεωρείτε πρόβλημα τη συναναστροφή σας με ασθενείς που έχουν διαφορετική κουλτούρα από τη δική σας;

Ναι

Όχι

Δεν γνωρίζω.

9. Πως βλέπετε αυτήν την αλλαγή του νοσοκομείου σε πολυπολιτισμικό σε σχέση με τη δουλειά σας;

Καθόλου Θετικά

Θετικά

Ούτε Θετικά Ούτε Αρνητικά

Αρνητικά

Πολύ Αρνητικά

10. Ποιο θεωρείτε ότι είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα των αλλοδαπών ασθενών όταν βρίσκονται σε ένα ελληνικό νοσοκομείο;

Ότι βρίσκεται μακριά η οικογένεια.

Ότι υπάρχει ανασφάλεια- φόβος.

Ότι υπάρχει προκατάληψη.

Ότι υπάρχει δυσκολία στην επικοινωνία.

11. Αντιμετωπίζετε δυσκολίες εσείς με τους αλλοδαπούς ασθενείς;

Πάρα πολλές	Πολλές	Λίγες	Καθόλου

12. Ποιες είναι οι προσδοκίες σας για την ένταξη των αλλοδαπών ασθενών στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας;

Καθόλου Θετικές

Θετικές

Ούτε Θετικές Ούτε Αρνητικές

Αρνητικές

Πολύ Αρνητικές

13. Ποια η εκτίμησή σας για αυτή την αλλαγή σε σχέση με το Ελληνικό Σύστημα Υγείας γενικότερα;

Καθόλου Θετική

Θετική

Ούτε Θετική Ούτε Αρνητική

Αρνητική

Πολύ Αρνητική

14. Μπορείτε να κάνετε μια εκτίμηση για τις προοπτικές των αλλοδαπών ασθενών, σε επίπεδο γλωσσικό, μαθησιακό και κοινωνικό;

15. Τι πιστεύετε ότι μπορεί να γίνει για να βοηθηθεί η κατάσταση;