

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ

3.1 Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα. Η Jahoda έχει ιδιαίτερα ασχοληθεί με τον ορισμό της ψυχικής υγείας (1958) και η θέση της έγινε δεκτή από την Έκθεση της Joint Commission on Mental Illness and Health. Ορίζει, λοιπόν, τη θετική ψυχική υγεία ως μία κατάσταση ισορροπίας που περιλαμβάνει επτά χαρακτηριστικά :

α) την επίγνωση από το άτομο της ταυτότητάς του, β) τη δυνατότητα του ατόμου να είναι ενεργητικό και ανεξάρτητο από κοινωνικές επιρροές, γ) τη δυνατότητα του ατόμου να είναι αυτοδύναμο, δ) τη δυνατότητα αντίστασης στο stress, ε) την ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον, στ) την ικανότητα να αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει και ζ) τη δυνατότητα να επιλύει τα προβλήματά του. Από τους ορισμούς λοιπόν, της ποιότητας ζωής, που έχουν διατυπωθεί, και της ψυχικής, είναι φανερό πόσο αναπόσπαστα συνδεδεμένες είναι οι δύο αυτές έννοιες και πόσο αναπόσπαστα εμπλέκονται στην κοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.

ιατρικός έλεγχος και εξέταση στο χώρο όπου βρίσκονται συγκεντρωμένοι. Παράλληλα, οι υπηρεσίες υγείας θα φροντίσουν ώστε οι πιθανοί ασθενείς να τύχουν φροντίδας και να μεταφερθούν σε κατάλληλες ιατρικές μονάδες. Σε περιπτώσεις μολυσματικών ασθενειών πραγματοποιείται μια πολύ ενδελεχής εξέταση. Οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να παρακολουθούν τη φροντίδα υγείας των μεταναστών στα κέντρα προσωρινής παραμονής τους. Οι νόμιμοι, ασφαλισμένοι μετανάστες έχουν τα ίδια δικαιώματα όπως και οι Έλληνες, δηλ. δικαιούνται ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη ανάλογα με τον ασφαλιστικό οργανισμό τους. Το Κράτος καλύπτει τα έξοδα των ανασφάλιστων μεταναστών. Σύμφωνα με στατιστικά αποτελέσματα, παρατηρείται μείωση του αριθμού των ανασφάλιστων αλλοδαπών σε σύγκριση με προηγούμενα χρόνια.

Η πρώτη σημαντική και τεκμηριωμένη αναφορά στην ποιότητα ζωής θεωρείται ότι έγινε από τον Elkinton, ο οποίος επισημαίνει τρία στοιχεία που συνθέτουν την ποιότητα ζωής : την ψυχική ευεξία, την ικανοποίηση (την αρμονία που βιώνει το άτομο), αλλά και τη σχέση που υπάρχει μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος)¹². Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των πασχόντων από ψυχικές διαταραχές είναι απαραίτητη η συμβολή κοινωνικών δεικτών που αφορούν τους περιβαλλοντικούς παράγοντες (κοινωνικούς και υλικούς). Η αξιολόγηση τέτοιων παραγόντων , όπως είναι η κοινωνική υποστήριξη, το επίπεδο της αυτονομίας, οι οικονομικοί πόροι και οι συνθήκες διαβίωσης, είναι αναγκαία, γιατί οι παράγοντες αυτοί είναι στενά συνδεδεμένοι με την ψυχοπαθολογία.

Οι Katsching και Angermeyer (1997), επεξεργαζόμενοι το θέμα «η ποιότητα ζωής στην κατάθλιψη», έχουν αναπτύξει ένα πλαίσιο δράσης για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε καταθλιπτικούς ασθενείς, που εντοπίζει και επεξεργάζεται τους παράγοντες εκείνους που αποτελούν τα συνθετικά στοιχεία της έννοιας ποιότητα ζωής, όπως το αίσθημα της ψυχολογικής ευεξίας που βιώνει το άτομο, την αίσθηση της ικανοποίησης, τη λειτουργικότητα του ατόμου και εξωτερικές περιβαλλοντικές επιδράσεις. Στην ανάπτυξή τους αυτή οι Katsching και Angermeyer προτείνουν ότι οι δράσεις που αναλαμβάνονται για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής πρέπει να διαφοροποιούνται ανάλογα με τους ως άνω παράγοντες, δηλ. άλλες δράσεις θεωρείται ότι επενεργούν στην ψυχολογική ευεξία του ατόμου(π.χ. αντικαταθλιπτικά), άλλες στη λειτουργικότητά του(π.χ. εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων) και άλλες σχετίζονται με τις περιβαλλοντικές συνθήκες (π.χ. παροχή χρημάτων – οικονομικών πόρων).¹³

12. ELKINTON J. Medicine and the quality of life. Ann Intern Med 1996

13 LEHMAN AF. Instruments for measuring quality of life in mental illness, West Sussex England, 1997 :84-85

Αργότερα, ο Lehman (1988) διαμόρφωσε το όργανο εκτίμησης της ποιότητας ζωής με τίτλο «Συνέντευξη Ποιότητας Ζωής», που έχει σχεδόν αποκλειστικά χρησιμοποιηθεί και χορηγηθεί σε άτομα με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. Σ' αυτό το όργανο χρησιμοποιεί ως μεταβλητές αφενός μεν τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου και αφετέρου αντικειμενικούς δείκτες της ποιότητας ζωής, που αναφέρονται στις πραγματικές εμπειρίες του ατόμου σε σχέση με σημαντικούς τομείς της

ζωής του και υποκειμενικούς δείκτες της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με τα επίπεδα ικανοποίησης του ατόμου όσον αφορά τους παραπάνω τομείς της ζωής του.

Το ερώτημα που τίθεται είναι πώς οι αντικειμενικές συνθήκες συσχετίζονται με τις υποκειμενικές αντιλήψεις, που παρατίθενται στα παραπάνω μοντέλα, και από ποιους πρόσθετους παράγοντες επηρεάζεται αυτή η συσχέτιση. Τρία θεωρητικά μοντέλα έχουν αναπτυχθεί ως απάντηση στο παραπάνω ερώτημα: α) το μοντέλο της ικανοποίησης, β) το μοντέλο που είναι συνδυασμός της σημασίας (που έχει για το άτομο μια συγκεκριμένη πλευρά της ζωής του) και της ικανοποίησης και γ) το μοντέλο της λειτουργικότητας σε κοινωνικούς ρόλους.

Το μοντέλο της ικανοποίησης αναπτύχθηκε από τους Lehman et al (1982) και από τους Baker και Intagliata (1982) με αναφορά στο έργο των Campbell, Converse και Rodgers (1976) και στο έργο των Andrews και Whitney (1976). Ο Lehman, στο θεωρητικό αυτό μοντέλο, βασίστηκε προφανώς στην υπόθεση ότι τα επίπεδα ικανοποίησης που βιώνει το άτομο σχετικά με διάφορους τομείς της ζωής του εξαρτώνται από το αν οι συνθήκες διαβίωσής του συμβαδίζουν με τις ανάγκες και τις επιθυμίες του.¹⁴ Σύμφωνα όμως με τους Katsching και Angermeyer (1997), με το μοντέλο αυτό δεν μπορεί να διασφαλιστεί ότι οι σχετικές μετρήσεις εξασφαλίζουν έγκυρο δείκτη της ποιότητας ζωής του ατόμου. Έτσι, αν κάποιος ασθενής αισθάνεται σε μεγάλο βαθμό ικανοποίηση για κάποια συγκεκριμένη πλευρά της ζωής του, υπάρχουν τρεις πιθανές εκδοχές: Πρώτον, μπορεί να σημαίνει πράγματι ότι πραγματοποιούνται οι επιθυμίες του αναφορικά με τον τομέα αυτό, δεύτερον μπορεί ο συγκεκριμένος τομέας να μην αξιολογείται από το άτομο ως τόσο σημαντικός κι έτσι να μην επηρεάζεται το επίπεδο ικανοποίησης του ατόμου και, τρίτον, μπορεί το άτομο να έχει προσαρμόσει τις ανάγκες και επιθυμίες του ανάλογα με τις ευκαιρίες που παρέχονται στο συγκεκριμένο τομέα.

Το δεύτερο μοντέλο, που είναι ο συνδυασμός της σημασίας και της ικανοποίησης, είναι απόρροια του προβληματισμού που προέκυψε κατά τη θεωρητική ανάπτυξη του μοντέλου της ικανοποίησης. Έτσι, για ένα άτομο χαμηλού επιπέδου φιλοδοξιών επαγγελματικής εξέλιξης, οι ευκαιρίες που του προσφέρονται για προαγωγή δεν αποτελούν ένα σημαντικό κριτήριο για την εκτίμηση της ικανοποίησής του στον εργασιακό τομέα, ενώ για κάποιον άλλον, που έχει μεγάλες φιλοδοξίες σχετικά με τον τομέα αυτόν, οι διαθέσιμες ευκαιρίες για προαγωγή αποτελούν το πιο σημαντικό κριτήριο. Το μοντέλο αυτό, σύμφωνα με τους Katsching και Angermeyer, ενώ επισημαίνει τη σημασία των

προσωπικών αξιών και προτιμήσεων, δεν εξετάζει το ενδεχόμενο ότι οι πιθανές πιέσεις που δέχεται το άτομο από το περιβάλλον το αναγκάζουν πολλές φορές, για να αποφύγει ή να μειώσει κάποια γνωστική ασυμφωνία, να υποτιμά τους στόχους εκείνους που κατά τη γνώμη του είναι ανέφικτο να πραγματοποιηθούν.

14. LEHMAN AF. Aquality of life interview for the chronically mentally ill. Eval Prog Planning, 1998

Το τρίτο μοντέλο, της λειτουργικότητας σε κοινωνικούς ρόλους, αναπτύχθηκε από τους Bigelow et al (1982).¹⁵ Το θεωρητικό αυτό μοντέλο βασίζεται στη «θεωρία των αναγκών» του Maslow (1954)¹⁶ και στη «θεωρία των ρόλων». Συγκεκριμένα, το μοντέλο αυτό βασίζεται στη θεωρία ότι η «ευτυχία και η ικανοποίηση επηρεάζονται από τις κοινωνικές και περιβαλλοντικές συνθήκες που απαιτούνται για την κάλυψη των βασικών ανθρωπίνων αναγκών». Ο Maslow διακρίνει μια σειρά ανθρωπίνων αναγκών, που τις κατατάσσει ιεραρχικά σε πυραμίδα. Έτσι, ξεκινώντας από τις βασικές ανάγκες, που είναι οι οργανικές και οι ανάγκες ασφαλείας, και συνεχίζοντας σε ανώτερες βαθμίδες, με την ανάγκη του να ανήκει κάποιος σε ομάδα και την ανάγκη της εκτίμησης, καταλήγει στην «αυτοπραγμάτωση», που τοποθετείται στην κορυφή της πυραμίδας και συνίσταται στην ενεργοποίηση όλων των ικανοτήτων του ατόμου, την κατανόηση και αποδοχή του εαυτού του, καθώς και την εναρμόνιση των στοιχείων της συμπεριφοράς του. Οι κοινωνικοί ρόλοι είναι πρότυπα δράσης, τα οποία απορρέουν από την κοινωνική θέση που έχει το άτομο σένα συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο. Στα όργανα που έχουν αναπτυχθεί για να αξιολογήσουν τη λειτουργικότητα στα πλαίσια των κοινωνικών ρόλων διαφαίνεται ένα ικανοποιητικό επίπεδο συναίνεσης, όσον αφορά στην κατάταξη των ρόλων που μπορεί το άτομο να διαδραματίσει στη ζωή του. Οι ρόλοι αυτοί αφορούν το επάγγελμα, το νοικοκυριό, το γάμο και τη συντροφικότητα, τη μητρότητα ή πατρότητα, την οικογένεια, τις κοινωνικές σχέσεις, τη συμμετοχή στα κοινωνικά δρώμενα και την αυτοφροντίδα. Σχετικά με την εφαρμογή του μοντέλου της λειτουργικότητας σε κοινωνικούς ρόλους για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ψυχικά ασθενών έχουν τεθεί κάποιοι προβληματισμοί. Όπως περιγράφεται από τον Parsons (1951) στην

ανάλυσή του για το κοινωνικό σύστημα, οι περισσότερες σύγχρονες κοινωνίες έχουν θεσμοθετήσει το «ρόλο του ασθενούς» ως σημασιολογικό πρότυπο, για τα μέλη της κοινωνίας που δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις των συνηθισμένων ρόλων, λόγω της ασθένειάς τους.

Σύμφωνα με τους Katsching και Angermeyer, επειδή τα άτομα με ψυχικές διαταραχές έχουν συγκεκριμένες ανάγκες λόγω της νόσου τους, όπως ανάγκη για προστασία, για επιδόματα, για φάρμακα, θεραπείες κ.α., είναι υποχρεωμένα να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις του «ρόλου του ασθενούς», δηλαδή να ζητούν τη βοήθεια κάποιου ειδικού και να προσαρμόζονται στις οδηγίες του, να συμμορφώνονται με τη θεραπεία και το πιο σημαντικό, να γνωστοποιούν την ανικανότητά τους, ώστε να εξασφαλίζουν τις απαραίτητες παροχές. Έτσι, για τον προσδιορισμό της έννοιας της ποιότητας ζωής με βάση το θεωρητικό μοντέλο των ρόλων, θα πρέπει να συμπεριληφθούν και θέματα που αφορούν τις ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, σε σχέση με την ασθένειά τους. Για την διεξοδική εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές προτείνεται από τους Katsching και Angermeyer ένα δυναμικό μοντέλο προσέγγισης. Το μοντέλο αυτό βασίζεται στην υπόθεση ότι η υποκειμενική θεώρηση της ποιότητας ζωής είναι το αποτέλεσμα μιας συνεχιζόμενης διαδικασίας προσαρμογής, κατά την οποία το άτομο οφείλει συνεχώς να συμβιβάζει τις δικές του επιθυμίες και τους δικούς του στόχους αφενός με τις περιβαλλοντικές συνθήκες και αφετέρου με την ικανότητά του να ανταπεξέρχεται στις κοινωνικές απαιτήσεις που συνδέονται με την εκπλήρωση των ανωτέρω στόχων.

15. BIGELOW DA, BRODSKY G, STEWART L, OLSON MM. The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. Academic Press Inc, New York, 1982 : 345-346.

16. MASLOW AH. Motivation and Personality. Harper & Row, New York, 1954

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η ικανοποίηση δεν θεωρείται το αποτέλεσμα, αλλά ο κινητήριος μοχλός όλης αυτής της διαδικασίας. Από τα ευρήματα ερευνών για την ποιότητα ζωής, που βασίζονται στην εκτίμηση της υποκειμενικής ικανοποίησης, φαίνεται ότι πολλοί άνθρωποι, ακόμα και όταν υπάρχει ψυχική ασθένεια, έχουν την ικανότητα να διατηρούν το επίπεδο ικανοποίησης σχετικά σταθερό, μέσω γνωστικών και βουλευτικών δραστηριοτήτων, ακόμα κι όταν συνεχώς αλλάζουν οι περιβαλλοντικές συνθήκες. Όταν, δηλαδή, το άτομο νιώθει δυσαρέσκεια γιατί υπάρχει μια ασυμφωνία μεταξύ των αξιών του και των συνθηκών διαβίωσης, μπορεί να μειώσει αυτή τη δυσαρέσκεια ή μεταβάλλοντας τις περιβαλλοντικές συνθήκες ή αλλάζοντας τις αξίες και τις προτιμήσεις του. Έτσι, με τη μέτρηση του επιπέδου ικανοποίησης ως δείκτη εκτίμησης της ποιότητας ζωής, όπως αξιολογείται από υποκειμενική σκοπιά, δεν είναι εφικτό να προβούμε στη διαφοροποίηση της ποιότητας ζωής ενός ατόμου, που, ενώ ζει σε άσχημες συνθήκες, μειώνει τις προσδοκίες του όσο χρειάζεται για να είναι ικανοποιημένο, από την ποιότητα ζωής ενός άλλου ατόμου που νιώθει ικανοποιημένο με τη ζωή του, επειδή πραγματικά έχουν επιτευχθεί οι στόχοι και οι προσδοκίες του. Επίσης από εθνογραφικές μελέτες, όπως του Estroff (1981), είναι φανερό ότι η ποιότητα ζωής των ψυχικά ασθενών, όπως εκτιμάται από υποκειμενική σκοπιά, εξαρτάται σημαντικά από τον βαθμό στον οποίο τα άτομα αυτά μπορούν να ικανοποιούν τις ανάγκες εκείνες που σχετίζονται με την ασθένεια, χωρίς να επηρεάζεται η ικανοποίηση των γενικών βασικών αναγκών τους. Πολλές φορές, όταν το άτομο κάνει χρήση των δικαιωμάτων που έχει ως ασθενής, επιβαρύνεται με τις αρνητικές κοινωνικές στάσεις. Έτσι, αντιμετωπίζει το δίλημμα ή να παραιτηθεί από τα δικαιώματα αυτά ή να δεχθεί το στιγματισμό και την κοινωνική υποτίμηση. Είναι απαραίτητο, λοιπόν, για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, σύμφωνα με το δυναμικό αυτό μοντέλο, να συνδυαστούν μετρήσεις που αφορούν α) την ποιότητα των γενικών συνθηκών διαβίωσης του ατόμου σε συνάρτηση με την ικανοποίηση των βασικών αναγκών του, που είναι οι φυσιολογικές ανάγκες, η ανάγκη για ανάπτυξη συναισθηματικών σχέσεων, η ανάγκη για κοινωνική αποδοχή, η ανάγκη για επίτευξη των στόχων και η σύλληψη της πραγματικότητας (νόημα), και β) το βαθμό της υποκειμενικής ικανοποίησης με μια σε βάθος ανάλυση του συστήματος θεώρησης και αξιών του ατόμου, που μορφοποιείται όχι μόνο από το κανονιστικό σύστημα της κοινωνίας στην οποία ζει, αλλά και από τα προσωπικά χαρακτηριστικά και τις ατομικές εμπειρίες του.

3.2 Μετανάστευση και ψυχική υγεία

Σύμφωνα με στοιχεία της World Federation of Mental Health, το 3% του παγκόσμιου πληθυσμού, δηλαδή ένας στους 35 ανθρώπους, είναι μετανάστες σε άλλη χώρα. Το 2006, ο αριθμός των μεταναστών άγγιζε τα 200.000.000, ενώ το 50% ήταν γυναίκες και παιδιά.

17. ESTROFF SE. Making it crazy. An ethnography of Psychiatric Clients in an American Community. University of California Press, Berkeley, CA, 1989.

Υπάρχουν πολλοί λόγοι που οδηγούν τους ανθρώπους στη μετανάστευση, η οποία, για όποιο λόγο κι αν γίνεται, συνεπάγεται μεγάλη ψυχική επιβάρυνση. Οι λόγοι που οδηγούν στη μετανάστευση μπορεί να είναι η επανένωση με την οικογένεια, οικονομικοί λόγοι, οι σπουδές, πολιτικοί λόγοι – αναζήτηση ασύλου, αναζήτηση θρησκευτικής ελευθερίας κ.λ.π. Κατά κανόνα οι αιτούντες άσυλο κι οι πρόσφυγες έχουν πιο τραυματικές εμπειρίες από τους υπόλοιπους μετανάστες, όπως επίσης ο εξαναγκασμός σε μετανάστευση είναι πιο τραυματικός από την εκούσια μετανάστευση. Όποιος κι αν είναι ο λόγος, η μετανάστευση επιβαρύνει ψυχικά τον άνθρωπο, καθώς συνεπάγεται απομάκρυνση από συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον, από το κοινωνικό-πολιτισμικό πλαίσιο, από τις συνήθειες ζωής. Εγκαινιάζει μια εξολοκλήρου νέα και άγνωστη πραγματικότητα.

Κάθε στάδιο της μετανάστευσης επιβαρύνει τον ψυχισμό: πριν την αναχώρηση το άτομο μπορεί να βιώσει την πείνα, τη βία, την καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Όταν φεύγει, βιώνει την απώλεια σε όλους τους τομείς: οικογένεια, εργασία, κοινωνική θέση, υποστηρικτικά πλαίσια, αβεβαιότητα για το μέλλον. Όταν εγκαθίστανται στον τόπο προορισμού, βιώνει την απόρριψη, την εχθρότητα, τη βία, τη διαφορετικότητα, το ρατσισμό, την ανεργία. Ακόμα κι αν επιστρέψει στην πατρίδα του, κινδυνεύει να βρει κατεστραμμένα όσα άφησε πίσω: την οικογένειά του, το σπίτι του, την περιουσία του. Η άγνοια της

γλώσσας της «νέας πατρίδας», η αδυναμία επικοινωνίας και ανθρώπινης επαφής, αυξάνουν την αίσθηση απομόνωσης του ανθρώπου. Οι γυναίκες και οι ηλικιωμένοι φαίνεται να είναι πιο ευάλωτοι στις επιπτώσεις της μετανάστευσης.

Παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας στους μετανάστες :

- Η κάθοδος στην κοινωνική ιεραρχία
- Η έλλειψη αναγνώρισης των προσόντων (εργασιακών, εκπαιδευτικών) στον τόπο προορισμού
- Η κακή γνώση της γλώσσας του τόπου προορισμού
- Ο αποχωρισμός από κοινωνικά, θρησκευτικά, πολιτισμικά δίκτυα, όπως είναι η οικογένεια, οι φίλοι κλπ
- Η κοινωνική απομόνωση και η έλλειψη υποστήριξης
- Η προκατάληψη και οι κοινωνικές διακρίσεις
- Οι τραυματικές εμπειρίες και οι συνθήκες παρατεταμένου stress
- Το stress λόγω διαφοροποίησης του πολιτισμικού πλαισίου

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

Για να οργανώσει κανείς μια θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να λάβει υπόψη του εκτός από τη νόσο, το είδος της μετανάστευσης, τη φάση της μετανάστευσης, τις εμπειρίες του μετανάστη, την αποδοχή του από την κοινωνία, το υποστηρικτικό του δίκτυο, την πολιτισμική του ταυτότητα, την ένταξή του κλπ. Στους μετανάστες τα προβλήματα ψυχικής υγείας συχνά παρουσιάζονται με σωματικά συμπτώματα όπως πονοκέφαλος, κοιλιακά ή μυοσκελετικά άλγη κλπ.

3.3 Η επίδραση του πολιτισμικού πλαισίου στην ψυχική υγεία

Το πολιτισμικό υπόβαθρο επηρεάζει πολλές όψεις της καθημερινότητας του ανθρώπου, και κατ' επέκταση της ψυχικής του υγείας. Οι άνθρωποι που ανήκουν σε διαφορετικές κουλτούρες διαφοροποιούνται ως προς τα εξής :

- Τον τρόπο που επικοινωνούν μεταξύ τους
- Τους ρόλους που αναλαμβάνουν στην οικογένεια και την κοινωνία (ανάλογα με την ηλικία, το φύλο τους κλπ)
- Τον τρόπο που ανταπεξέρχονται στις δυσκολίες της ζωής
- Τον τρόπο που αλληλεπιδρούν με τα υποστηρικτικά πλαίσια (οικογένεια, φίλοι)
- Τον τρόπο που εκδηλώνουν τα συμπτώματά τους
- Τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τα προβλήματα ψυχικής υγείας (π.χ. άγχος, κατάθλιψη) και που μιλούν γι'αυτά
- Τον τρόπο που εξηγούν τα αίτια των προβλημάτων ψυχικής υγείας
- Τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τους φορείς ψυχικής υγείας
- Το κίνητρό τους να αναζητήσουν θεραπεία
- Τον τρόπο που χρησιμοποιούν τη θεραπεία και που ανταποκρίνονται σε αυτή

Η ευαισθητοποίηση σχετικά με την ψυχική νόσο διαφοροποιείται ανάλογα με την κουλτούρα. Κάποιοι είναι περισσότερο δεκτικοί από άλλους στην αναζήτηση θεραπείας. Για κάποιους πολιτισμούς, η ψυχική νόσος δεν αντιμετωπίζεται σαν ασθένεια κι αποδίδεται σε διάφορους παράγοντες, όπως είναι τα μάγια, το θέλημα του Θεού κλπ.

Οι άνθρωποι που ζουν σε πολιτισμικά πλαίσια όπου η ψυχική νόσος αποδίδεται σε μάγια, θέλημα Θεού κλπ δύσκολα κινητοποιούνται ώστε να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια ή ακόμα κι αν την αναζητήσουν, δύσκολα συμμορφώνονται στη θεραπεία. Υπάρχουν πολιτισμοί που υποτιμούν τα προβλήματα ψυχικής υγείας σε σχέση με τις σωματικές νόσους. Σε αυτά τα πλαίσια ο ρόλος του γιατρού περιορίζεται στη θεραπεία της σωματικής νόσου. Ο βαθμός του στίγματος που φέρει ο ψυχικά ασθενής διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό. Η ψυχική νόσος μπορεί να ντροπιάζει ιδιαίτερα το άτομο και την οικογένειά του ή ακόμη να θεωρούν ότι είναι ντροπή να συζητήσουν τα προβλήματα τους με τον γιατρό. Μια «καλή οικογένεια» μπορεί να είναι αυτή όπου οι οικογενειακές συγκρούσεις και τα προβλήματα δεν συζητούνται εκτός οικογένειας και, βεβαίως, όχι μπροστά σ' έναν ξένο, όπως είναι ο γιατρός. Αυτές οι πεποιθήσεις ωθούν το άτομο και την οικογένειά του να κρύβουν το πρόβλημα, να απομονώνονται και να περιθωριοποιούνται.

Άλλες φορές, οι ασθενείς μπορεί να θεωρούν ότι ένα «καλό πρόσωπο» δεν θα έρθει ποτέ σε αντίθεση με τον «ειδικό» θεράποντα και, επομένως, να είναι απρόθυμοι να αναφέρουν στο γιατρό τις παρενέργειες μιας θεραπείας, το ότι μια συγκεκριμένη θεραπεία δεν ήταν χρήσιμη κλπ. Η ανάμιξη της οικογένειας του ασθενούς αλλάζει από πολιτισμό σε πολιτισμό : σε κάποιες κοινωνίες, η οικογένεια του ασθενούς

ενημερώνεται πρώτη για την ασθένεια και η γνώμη της παίζει σημαντικό ρόλο στη θεραπεία και την αντιμετώπιση. Η κουλτούρα δίνει μια ταυτότητα στον άνθρωπο, αλλά πολλές φορές τον περιορίζει, μπορεί ακόμη και να του δημιουργεί προβλήματα.

Π.χ. σε κάποιες κουλτούρες ο ρόλος της γυναίκας στην κοινωνία είναι πολύ περιορισμένος. Η συμμόρφωση στα κοινωνικά πρότυπα μπορεί να είναι ακραία καταπιεστική και επιζήμια για τον ψυχισμό της γυναίκας.

3.4 Η επικοινωνία γιατρού και ασθενούς είναι καθοριστική

Η διάγνωση και η θεραπεία εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την ικανότητα του ατόμου να μιλήσει τη γλώσσα του τόπου κατοικίας του, ώστε να μπορέσει να εξηγήσει τα συμπτώματά του και να κατανοήσει τα βήματα της θεραπείας του. Ωστόσο, δεν είναι μόνο η λεκτική επικοινωνία που καθορίζει την αλληλεπίδραση γιατρού και ασθενούς. Η εξωλεκτική επικοινωνία είναι εξίσου σημαντική. Για κάποιους πολιτισμούς, υπάρχουν κάποιοι άρρητοι εξωλεκτικοί κανόνες επικοινωνίας, άγνωστοι πολλές φορές στους γιατρούς των Δυτικών κοινωνιών, με βάση τους οποίους καθορίζεται η αποδοχή ή η απόρριψη των άλλων.

Παράγοντες που παίζουν ρόλο στην εξωλεκτική επικοινωνία γιατρού και ασθενούς είναι:

➤ Η προσέγγιση στο χώρο

Αν κάποιος σταθεί πιο κοντά από όσο είναι αποδεκτό, αυτό μπορεί να μεταφραστεί ως εχθρότητα ή αντίστροφα ως υπερβολική οικειότητα. Αντίθετα, αν κάποιος στέκεται πιο μακριά, μπορεί να εκληφθεί ως αδιαφορία.

➤ Η σωματική επαφή

Κάποιες κουλτούρες επιτρέπουν τη σωματική επαφή περισσότερο από άλλες. Η επαφή μπορεί να εκληφθεί ως θετική μπορεί όμως και να προκαλέσει αρνητικά συναισθήματα, ιδίως σε περίπτωση που άνδρας γιατρός εξετάζει ασθενή του αντίθετου φύλου.

➤ Η χειραγία

Οι σταθερές χειραψίες μπορούν να θεωρηθούν ειλικρινείς σε μερικούς πολιτισμούς αλλά μπορούν να θεωρηθούν επιθετικές σε κάποιους άλλους. Μια ευγενής χειραψία μπορεί να γίνει αντιληπτή ως μια ειρηνική χειρονομία ή αντίθετα ως έλλειψη υποχρέωσης ή ενδιαφέροντος. Σε πολλούς πολιτισμούς, οι χειραψίες μεταξύ ατόμων διαφορετικού φύλου δεν είναι αποδεκτές.

➤ Η σιωπή

Για κάποιους πολιτισμούς η σιωπή μπορεί να εκληφθεί ως αγένεια, ενώ για κάποιους άλλους, μπορεί να είναι ο πιο ενδεδειγμένος τρόπος για να εκφράσει κανείς τον σεβασμό.

➤ Βλεματική επαφή

Η βλεματική επαφή μπορεί να υποδηλώνει ενδιαφέρον και ειλικρίνεια σε μερικούς πολιτισμούς ενώ σε κάποιους άλλους, η αποφυγή της βλεματικής επαφής είναι ένα σημάδι σεβασμού

➤ Χαμόγελο ή γέλιο

Το χαμόγελο και το γέλιο ερμηνεύονται με διαφορετικούς τρόπους ανάλογα με τον πολιτισμό. Μπορεί να εκληφθούν ως απόδειξη ευχαρίστησης ή ευτυχίας, κι ακόμη έκπληξης, αμηχανίας, θυμού, σύγχυσης, συγγνώμης ή και θλίψης.

3.5 Διαπολιτισμικός νοσηλευτής και ψυχική υγεία

Η Ελλάδα έχει γίνει μια χώρα υποδοχής μεταναστών και προσφύγων κυρίως από τις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, της Μέσης Ανατολής, της Αραβίας και της Αφρικής. Οι άνθρωποι αυτοί έρχονται είτε ως οικονομικοί μετανάστες αναζητώντας εργασία, είτε διωγμένοι από τις πατρίδες τους. Αυτή η πραγματικότητα συνεχώς εξελίσσεται και επηρεάζει όλες τις πτυχές της ζωής, καθώς και τον ψυχισμό του μετανάστη. Σε αυτή λοιπόν την πραγματικότητα καλείται ο νοσηλευτής να παρέχει υπηρεσίες. Μόνο που τώρα δεν θα αφορούν την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ομοεθνείς του, αλλά και σε άτομα με ψυχικές διαταραχές με διαφορετική θρησκεία, κουλτούρα, συμπεριφορά, αξίες, ήθη και έθιμα, δοξασίες και πεποιθήσεις.

Το Περιφερειακό Ευρωπαϊκό Γραφείο της ΠΟΥ επισημαίνει ότι μεταξύ των πιθανών κατευθύνσεων στην Ευρώπη του μέλλοντος είναι η αύξηση της μετανάστευσης τόσο έξω όσο και μέσα στην Ευρώπη και η διεύρυνση των διαφορών ανάμεσα στα τμήματα της Ευρώπης και μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Μπροστά σε αυτή την αλλαγή και στις τάσεις του μέλλοντος ο νοσηλευτής έχει έναν οδηγό, μια αρχή, μια αξία: η ψυχική υγεία είναι αδιαπραγμάτευτη, δεν καλουπώνεται ούτε προσαρμόζεται. Δεν είναι υγεία μόνο για τον συμπολίτη και τον ομοεθνή, αλλά είναι υγεία για όλο τον κόσμο, άσχετα αν αυτός που ζητάει τη βοήθεια του νοσηλευτή προέρχεται από τα πέρατα της γης, είναι πρόσφυγας και διωγμένος, με παράξενο χρώμα δέρματος. Δεν υπάρχουν όρια και εμπόδια στην υγεία και την περίθαλψη αλλά μόνο υποχρέωση προς τον συνάνθρωπο ανεξάρτητα τι πιστεύει και κατά πόσο συμφωνούν οι ιδέες του με αυτές του νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής οφείλει να αποδέχεται το μετανάστη ή τον πρόσφυγα όπως κάνει με τον ομοεθνή του σεβόμενος τη διαφορετική κουλτούρα του.

Στην προσέγγιση αυτή και στην επίτευξη του στόχου υπάρχουν αντικειμενικές δυσκολίες. Η εκπαίδευση των νοσηλευτών ακόμα δεν περιλαμβάνει τη διαπολιτισμική νοσηλευτική ψυχικής υγείας με αποτέλεσμα να απέχει πολύ από την παροχή αποτελεσματικής και κατάλληλης φροντίδας υγείας προσαρμοσμένης στις ανάγκες αυτών των μειονοτήτων. Ο κόσμος συνεχίζει να αλλάζει με αποτέλεσμα να έρχονται σε επαφή άτομα με διαφορετικές πολιτισμικές αξίες, πεποιθήσεις και τρόπους ζωής. Εξαιτίας αυτών των σφαιρικών πολιτισμικών αλλαγών έχουν προκύψει καινούργιες προσδοκίες και προκλήσεις για τη νοσηλευτική που πρέπει να εμψύσει στους νοσηλευτές τις αξίες της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής ώστε να γίνουν ικανοί, ευαίσθητοι και υπεύθυνοι στη φροντίδα ατόμων με ψυχικές διαταραχές που προέρχονται από διαφορετικές κουλτούρες. Είναι σημαντικό για το νοσηλευτή να γνωρίζει τις ανάγκες υγείας που προκύπτουν από τις πολιτισμικές αξίες των εθνικών μειονοτήτων έτσι ώστε να παρέχονται οι κατάλληλες υπηρεσίες που αποσκοπούν στην ποιοτική φροντίδα ψυχικής υγείας. Αντίθετα, αυτό που παρατηρείται συχνότερα η σχετική αδράνεια στη διευθέτηση των αναγκών υγείας των μειονοτήτων μπορεί να προέρχεται από άγνοια, έλλειψη αφοσίωσης για την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας ή ακόμα και από ρατσιστική διάθεση.

Η διάκριση, δυστυχώς, είναι υπαρκτή σε κάθε επίπεδο των υπηρεσιών υγείας και επηρεάζει όλους τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς. Ειδικά με τις μειονότητες το πρόβλημα επιδεινώνεται με συνέπεια να δυσκολεύονται να εξασφαλίσουν κατάλληλες υπεύθυνες και προσιτές

υπηρεσίες υγείας. Η άμβλυνση και η εξάλειψη του φαινομένου μπορεί να επιτευχθεί με την εκπαίδευση και την προετοιμασία των νοσηλευτών σε ένα πολυπολιτισμικό πλαίσιο όπου θα κατανοούνται και θα αποδέχονται τα έθιμα, τις παραδόσεις και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις των μειονοτήτων, ένα μοντέλο αντιρατσιστικό. Οι νοσηλευτές οφείλουν να πολεμήσουν το ρατσισμό που μπορεί οι ίδιοι πρώτα να νιώθουν. Για το λόγο αυτό είναι επιτακτική η ανάγκη εισαγωγής ενός διαπολιτισμικού πλαισίου εκπαίδευσης στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας που συνδυάζει την πολιτισμική γνώση με την αντιρατσιστική νοοτροπία και θα αποβλέπει στην ανάπτυξη αμοιβαίας επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτή και μετανάστη για την αποτελεσματική ψυχολογική στήριξη και φροντίδα.

Η φροντίδα του ασθενή είναι τόσο καλή όσο και ο νοσηλευτής που την παρέχει και πηγάζει από την επιθυμία για εργασία, τις καλές επικοινωνιακές δεξιότητες, την εφαρμογή της νοσηλευτικής γνώσης και δεοντολογίας, την υιοθέτηση καινούργιων ιδεών και την αλλαγή της νοσηλευτικής διεργασίας όπου χρειάζεται. Η θέσπιση κατάλληλης και αμοιβαίας επικοινωνίας με το μετανάστη είναι θεμελιώδους σημασίας για την εξασφάλιση εμπιστοσύνης και την παροχή εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Ακόμα και όταν παρουσιάζονται λάθη και εμπόδια, η αποτελεσματική διαπολιτισμική επικοινωνία είναι δυνατή, απαιτεί όμως ευαισθησία, γνώση του τρόπου επικοινωνίας του ασθενή, ταλέντο και δεξιότητες.

Για την παροχή εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας στους μετανάστες με ψυχικές διαταραχές χρειάζεται γνώση της κουλτούρας αυτών των ατόμων. Αν και υπάρχει διαθέσιμο ένα σώμα εξειδικευμένης γνώσης, είναι σημαντικό για τους νοσηλευτές να πληροφορούνται για τα πολιτισμικά πλαίσια που επηρεάζουν την ψυχική υγεία. Γίνεται σαφές ότι η γνώση των ιδεών και της κουλτούρας όλων αυτών των μεταναστών είναι δύσκολη, απαιτείται όμως η όσο το δυνατό καλύτερη προσέγγιση και πολιτισμική κατανόηση για να εξασφαλιστεί ποιοτική φροντίδα ψυχικής υγείας. Η πολιτισμική συνειδητοποίηση, η γνώση, η ευαισθησία και η επιδεξιότητα είναι έννοιες που χρειάζονται να έχει ο σύγχρονος νοσηλευτής.

Σημαντικό ρόλο στην εξασφάλιση της εμπιστοσύνης του μετανάστη και την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας παίζει η ευελιξία του νοσηλευτή, η αποδοχή νέων ιδεών και η νεωτεριστική σκέψη.

Εξίσου σημαντικό για το νοσηλευτή είναι να διαπιστώσει τα χάσματα στα συστήματα υγείας και πρόνοιας για τις εθνικές μειονότητες και να αναζητήσει δυνατές λύσεις. Ο νοσηλευτής πρέπει να βιώσει τη

σπουδαιότητα της πολιτισμικής συνειδητοποίησης, ευαισθησίας, γνώσης και της δεξιότητας, έννοιες που είναι απαραίτητες για να αναπτύξει πολιτισμική κατανόηση και ικανότητα να παρέχει κατάλληλη φροντίδα.

Οι σύγχρονοι νοσηλευτές πρέπει να έχουν έναν υψηλό βαθμό αφιέρωσης στο έργο τους, εξαιρετική τεχνογνωσία και ευκολία στην επικοινωνία για να επιτύχουν στην επαφή τους με τους μετανάστες. Η νοσηλευτική εκπαίδευση χρειάζεται μια ριζική αλλαγή ώστε να ενσωματώσει τις αρχές και τις θεωρίες της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής στην ψυχική υγεία. Η επίσημη νοσηλευτική εκπαίδευση από καλά προετοιμασμένους νοσηλευτές και η εφαρμογή των αρχών της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής αποτελεί τον υπέρτατο σκοπό έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η προαγωγή της ψυχικής υγείας και η ευεξία μέσα σ'ένα πλαίσιο πολιτισμικά ευαίσθητης νοσηλευτικής φροντίδας. Οι αλλαγές είναι ραγδαίες και οι νοσηλευτές εργάζονται με μετανάστες χωρίς να έχουν διαπολιτισμική γνώση και δεξιότητες. Οι νοσηλευτές που θα αναλάβουν το έργο αυτό πρέπει πρωταρχικά να μην εξαιρούνται από την παροχή πολιτισμικά νοσηλευτικής φροντίδας για να μπορούν να μεταδίδουν ορθά τις αρχές της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής της ψυχικής υγείας και τα οφέλη που μπορεί να αποκομίσει η χώρα φιλοξενίας από τους μετανάστες. Με αυτό τον τρόπο οι νοσηλευτές θα αναγνωρίσουν τη σημασία της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας υψηλής ποιότητας σε αυτούς τους ανθρώπους. Θα μπορούν να αντιμετωπίσουν τις αρνητικές στάσεις και τις στερεοτυπικές υποθέσεις τόσο σε κοινωνικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο με συνέπεια οι μετανάστες να μην αποκλείονται από την ανάθεση και κατανομή των υπηρεσιών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ

1.1. Ορισμός της Κοινωνίας των Πολιτών

Ο ορισμός της **κοινωνίας των πολιτών** δεν είναι απόλυτος. Παραμένει αντικείμενο φιλοσοφικής μελέτης για αιώνες, με αφετηρία την αρχαία ελληνική εποχή, σταθμό την περίοδο του Διαφωτισμού