



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΝΗΣΙ ΠΟΥ
ΔΕΧΕΤΑΙ ΑΥΞΗΜΕΝΕΣ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΕΣ ΚΑΙ
ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΕΣ ΡΟΕΣ**



ΒΙΣΑ ΣΟΝΙΑ

ΓΙΑΓΤΖΟΓΛΟΥ ΟΛΓΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΗΓΟΥΜΕΝΑΙΔΗΣ ΜΙΧΑΗΛΗΣ

ΠΑΤΡΑ 2020

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία συνιστά την τελική εργασία για την επιτυχή ολοκλήρωση της φοίτησης μας στο Πανεπιστήμιο Πατρών του τμήματος Νοσηλευτικής. Η εν λόγω ερευνητική εργασία στοχεύει στην διερεύνηση διαπολιτισμικής ικανότητας και γνώσης των επαγγελματιών υγείας σε νησί που δέχεται αυξημένες προσφυγικές και μεταναστευτικές ροές. Αναλυτικότερα τα αποτελέσματα της έρευνας μας, αφορούν το νησί Λέσβος και προκύπτουν συγκεκριμένα από το Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης (Βοσπάνειο) από τους επαγγελματίες υγείας. Αφορμή της επιλογής μας αυτής για το συγκεκριμένο θέμα στάθηκε το γεγονός ότι, υπάρχουν προσωπικά βιώματα και εμπειρίες που μας κίνησαν το ενδιαφέρον να ασχοληθούμε και να προσπαθήσουμε να καταλάβουμε σε πόσο δύσκολη κατάσταση βρίσκεται όχι μόνο ολόκληρο το νησί αλλά και το νοσοκομείο του που πρέπει να περιθάλπει ένα μεγάλο και ασταθές σύνολο ασθενών με διαφορετικά πολιτισμικά υπόβαθρα.

Αν και η χώρα μας ήταν πάντα ανοιχτή σε κατατρεγμένους αμάχους, τους δεχόταν με θαλπωρή, αλληλεγγύη και δίνονταν παροχές ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, ωστόσο την τελευταία δεκαετία υπάρχει ένα αρκετά έντονο προσφυγικό ρεύμα που δημιουργεί φόβο και ανασφάλεια τόσο για τους αιτούντες άσυλο όσο και για τους μόνιμους κατοίκους της Ελλάδας. Σημαντική όμως είναι η κατάσταση που επικρατεί στα νησιά, καθώς το μεγαλύτερο μέρος του προσφυγικού ρεύματος φιλοξενείται σε αυτά, σε ειδικά κέντρα φιλοξενίας μέχρι να πάρουν άσυλο και να φύγουν σε μια άλλη χώρα. Δυστυχώς αρκετές είναι οι εντάσεις που εμφανίζονται καθημερινώς στο νησί καθώς όσο περνάει ο καιρός οι αιτούντες άσυλο πληθαίνουν και ξεσπούν με διαμαρτυρίες και πορείες με συνθήματα περί ελευθερίας. Από την άλλοι οι ντόπιοι κάτοικοι του νησιού στην αρχή έδειξαν έντονα το αίσθημα φιλοξενίας και εθελοντικά προσέφεραν ρούχα, στέγαση, νερό, τροφή και άλλα ωφέλιμα αγαθά. Με το πέρασμα των χρόνων, βλέποντας τις ανεξέλεγκτες αντιδράσεις τους, την αόριστη διαμονή τους στο νησί και τις συστηματικές αυξανόμενες εισροές τους, άρχισαν να αντιδρούν και να ξεσπούν και αυτοί σε διαμαρτυρίες για την κατάσταση που επικρατεί στο νησί τους και φόβος για την εξέλιξη της τοπικής κοινωνίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή : Η διαπολιτισμική νοσηλευτική αποτελεί ένα πεδίο μελέτης ανθρώπινων πολιτισμών σε σύγκριση με την ανακάλυψη ομοιοτήτων και διαφορών, οι οποίες συνδέονται με τα νοσηλευτικά φαινόμενα φροντίδας, υγείας ή ασθένειας εντός των πλαισίων της κουλτούρας.

Σκοπός : Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας που δημιουργήθηκε ήταν η διερεύνηση διαπολιτισμικής ικανότητας και γνώσης των επαγγελματιών υγείας σε νησί που δέχεται αυξημένες προσφυγικές και μεταναστευτικές ροές. Μέσα από τα ερωτηματολόγια έγινε η απόπειρα να ληφθεί μια απάντηση για την επίδραση που ασκεί το μεταναστευτικό και προσφυγικό ζήτημα στους επαγγελματίες υγείας κυρίως σε επίπεδα δεοντολογίας, ηθικής και κοινωνικής υπόστασης.

Μεθοδολογία : Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε για την εν λόγω πτυχιακή εργασία διεξήχθη μέσω ερωτηματολογίων που μοιράστηκαν στο νοσοκομείο της Μυτιλήνης (Βοστανείο) στους επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές, βοηθοί νοσηλευτών).

Αποτελέσματα : Με βάση τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου γίνεται εμφανές κατά κύριο λόγο ότι οι επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές , βοηθοί νοσηλευτών) δεν έχουν αρκετή πολιτισμική επάρκεια. Οι άντρες νοσηλευτές έχουν καλύτερο μέσο όρο από τις γυναίκες . Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι , οι νοσηλευτές έχουν περισσότερη διαπολιτισμική επάρκεια σε σύγκριση με τους βοηθούς νοσηλευτές. Τέλος σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν στις ηλικιακές ομάδες καθώς διαπιστώθηκε με την αύξηση της ηλικίας ενισχύεται και η αυτό-αναφερόμενη επάρκεια.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εν λόγω ερευνητική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο της πτυχιακής εργασίας που καλούμαστε να δημιουργήσουμε και να παρουσιάσουμε στους καθηγητές του Πανεπιστημίου Πατρών, στη σχολή επιστημών αποκατάστασης υγείας, του τμήματος Νοσηλευτικής με θέμα : «Διαπολιτισμική επάρκεια των επαγγελματιών υγείας σε νησί που δέχεται αυξημένες προσφυγικές και μεταναστευτικές ροές.» Ολοκληρώθηκε χάρη σε όσους μας βοήθησαν στην πορεία εκπόνησης της και συνέβαλαν σημαντικά στην πραγματοποίηση αυτής της προσπάθειας.

Πρώτα απ' όλα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα καθηγητή Κ. Ηγουμενίδη Μιχάλη, που η πρόθυμη καθοδήγηση του, η συνεπής υποστήριξη του, οι ουσιαστικές παρεμβάσεις του και οι άμεσες διορθώσεις του σε κάθε φάση εξέλιξης της πτυχιακής εργασίας μας, υπήρξαν πολύτιμες για να κατορθώσουμε να πραγματοποιήσουμε την προσπάθεια μας και να συγγράψουμε ένα επιστημονικά έγκυρο κείμενο.

Επιπλέον, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε το Επιστημονικό Συμβούλιο και το Διοικητικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου της Μυτιλήνης, που μας έδωσαν την άδεια και μας επέτρεψαν να πραγματοποιήσουμε την έρευνα μας στο νοσηλευτικό προσωπικό του.

Αυτή η έρευνα δεν θα είχε πραγματοποιηθεί, αν οι συνάδελφοι νοσηλευτές/τριες και οι βοηθοί νοσηλευτές/τριες από τους οποίους ζητήθηκε η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, δεν επιθυμούσαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια και να προσφέρουν λίγο από τον χρόνο τους. Τους ευχαριστούμε θερμά για την πολύτιμη συνεργασία και την προθυμία τους. Τέλος έχουμε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας για την κατανόηση και την υποστήριξη τους στην προσπάθεια μας και ιδιαίτερα την Κ.α Μαλομύτη Γεωργία(Νοσηλεύτρια του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης και μητέρα της φοιτήτριας Όλγας Γιαγτζόγλου), που με την πολύτιμη και εθελοντική της βοήθεια κατορθώσαμε να μοιράσουμε και να ολοκληρώσουμε την διαδικασία των ερωτηματολογίων έγκαιρα και άμεσα.

Με εκτίμηση

Όλγα Γιαγτζόγλου ,

Βίσσα Σονίλα

Περιεχόμενα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
Γενικό μέρος.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: Προσδιοριστικά στοιχεία	8
1.1 Ορισμός πολιτισμός, μετανάστης, πρόσφυγας, διαπολιτισμικότητα	8
1.1.1 Ορισμός πολιτισμού	8
1.1.2 Ορισμός μετανάστη-πρόσφυγα	9
1.1.3 Ορισμός Διαπολιτισμικότητα.....	13
1.2 Πολυπολιτισμική κοινωνία και νοσηλευτική επιστήμη ως επάγγελμα και ως λειτούργημα	14
1.3 Διαπολιτισμική προσέγγιση οικογενειών με διαφορετική κουλτούρα.....	17
1.4 Τα κυριότερα μοντέλα ανάπτυξης πολιτισμικής επάρκειας.....	18
1.5 Αντιμετώπιση ρατσισμού από τους επαγγελματίες νοσηλευτές	20
1.6 Νομοθεσία για την προαγωγή προσφύγων και μεταναστών	22
1.6.1 Νομοθεσία που σχετίζεται με το μεταναστευτικό.....	22
1.6.2 Πλαίσιο Ευρωπαϊκής Ένωσης που αφορά τη μετανάστευση.....	23
1.6.3 Δουβλίνο II.....	24
1.6.4 Εφαρμογή του Δουβλίνου II στην Ελλάδα.....	25
1.7 Άσυλο.....	26
1.8 Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες	28
1.9 Διεθνής οργανισμός μετανάστευσης (ΔΟΜ)	30
1.10 Πρόγραμμα Μεταστέγαση της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Relocation)	32
1.11 Νομοθεσία για την προαγωγή της υγείας τους.....	33
1.12 Μετανάστες και δημοσία υγεία, έλεγχος και διαλογή πρώτης υποδοχής.....	34
1.12.1 Εμβολισμοί προσφύγων- μεταναστών και υγειονομικού προσωπικού σε κέντρα φιλοξενίας.	39
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	42
Έρευνα	42
2.1 Μεθοδολογία της έρευνας.....	42

2.2 Σκοπός της έρευνας.....	42
2.3 Δείγμα Έρευνας.....	42
2.4 Εργαλείο της έρευνας.....	42
2.5 Δεοντολογικά ζητήματα	43
2.6 Αποτελέσματα Έρευνας.....	44
2.6.1 Περιγραφικά αποτελέσματα.....	44
Βασικά δημογραφικά στοιχεία.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	56
3.1 Συζήτηση Αποτελεσμάτων.....	56
3.2 Περιορισμοί.....	58
3.3 Συμπεράσματα.....	58
Βιβλιογραφία.....	61
Παράρτημα.....	64
Ερωτηματολόγιο.....	64
Συγκατάθεση από το Νοσοκομείο Μυτιλήνης (Βοσπάνειο).....	69

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης η Ελλάδα λόγω της ανεπτυγμένης οικονομίας της αλλά και της γεωγραφική της θέσης, αποτελούσε μια ιδανική επιλογή ως χώρα μετανάστευσης. Λόγω του ευρωπαϊκού της προσανατολισμού και μετά την ένταξη της στην Ευρωπαϊκή Ένωση, οι θεσμοί και οι νόμοι της έδιναν την ελπίδα που ζητά κάθε άτομο που αναγκάζεται να εγκαταλείψει την χώρας του.

Η Ελλάδα άρχισε να αποτελεί χώρα αποστολής μεταναστών μετά την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης, ενώ τα τελευταία χρόνια μετατράπηκε ως χώρα εισόδου αδυνατώντας να ανταποκριθεί σε ένα τόσο μεγάλο σύνολο ατόμων που κατεύθυναν καθημερινώς.

Η παρούσα ερευνητική εργασία παρουσιάζει την διερεύνηση διαπολιτισμικής ικανότητας και γνώσεις των επαγγελματιών υγείας σε νησί που δέχεται αυξημένες προσφυγικές και μεταναστευτικές ροές. Μέσα από τα ερωτηματολόγια έγινε απόπειρα να ληφθεί μια απάντηση για την επίδραση που ασκεί το μεταναστευτικό και προσφυγικό ζήτημα στους επαγγελματίες υγείας κυρίως σε επίπεδα δεοντολογίας, ηθικής και κοινωνικής υπόστασης.

Το γενικό μέρος αποτελείται από ένα κεφάλαιο. Στην αρχή αναλύονται οι εννοιολογικοί όροι που αφορούν το προσφυγικό και μεταναστευτικό φαινόμενο και στην συνέχεια αναλύεται η έννοια της διαπολιτισμικότητας και της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής αλλά και η αντιμετώπιση ρατσισμού από τους επαγγελματίες νοσηλευτές. Μετέπειτα αναφέρονται σε νομοθετικό πλαίσιο οι ενέργειες που πραγματοποιούνται κατά την άφιξη τους και την παραμονή των προσφύγων και μεταναστών στην Ελλάδα, όπως και η συμβολή Κυβερνητικών Οργανώσεων (ΟΗΕ, ΔΟΜ) και άλλα προγράμματα μεταστέγασης και θαλπωρής έναντι των προσφύγων. Προς το τέλος του κεφαλαίου αναφέρεται η νομοθεσία για την προαγωγή υγείας των προσφύγων και μεταναστών.

Το ειδικό μέρος αναλύονται η μεθοδολογία και τα αποτελέσματα της έρευνας, με βάση την στατιστική ανάλυση.

Γενικό μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: Προσδιοριστικά στοιχεία

1.1 Ορισμός πολιτισμός, μετανάστης, πρόσφυγας, διαπολιτισμικότητα

1.1.1 Ορισμός πολιτισμού

Ο όρος «Πολιτισμός», δεν διαθέτει σαφές και ξεκάθαρα προσδιοριστικά στοιχεία και περιεχόμενο. Επιδέχεται ένα σύνολο από ερμηνείες, δεδομένου του εύρους του πεδίου των στοιχείων-συνιστωσών που περιλαμβάνουν το εννοιολογικό του πλαίσιο.

Σαν ένα γενικότερο πλαίσιο περιγράφει «το σύνολο των υλικών και πνευματικών αξιών και επιτευγμάτων που κληροδοτούνται από γενιά σε γενιά στο πέρασμα των χρόνων διαμορφώνοντας μια κοινή μνήμη-εικόνα για ένα σύνολο ατόμων και δημιουργώντας κατ' επέκταση το αίσθημα μιας κοινής αφετηρίας, κοινών αναφορών και βιωμάτων, παραπέμποντας σε μια πορεία σταθερής προόδου, κοινωνικής και οικονομικής» (Μπιτσάνη, 2004).

Μια διαφορετική προσέγγιση και ερμηνεία είναι αυτή του Sealey, είναι ότι ο 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». Μια διαφορετική προσέγγιση θα μπορούσε να οριστεί ως « η συσσωρευμένη δημιουργία του ανθρώπου». Πολλοί όταν αναφέρονται στα περί πολιτισμού συμπεριλαμβάνουν τη μόρφωση και την καλλιέργεια. Ωστόσο, κοινωνικά δεν υπάρχει άτομο ή ομάδα ανθρώπων που να μη διαθέτει πολιτισμό, διότι ο πολιτισμός περιλαμβάνει το συσσωρευμένο οργανικό σύνολο μορφών που σκάφεται και δρα, που παρουσιάζεται μεταξύ ανθρώπινων ομάδων, τα δε άτομα λαμβάνουν μέρος κατ' ανάγκη στον πολιτισμό της ομάδας στην οποία λαμβάνουν μέρος (Sealey, 2003).

Ο Γ. Μπαμπινιώτης, στην εννοιολογική του «Πολιτισμού» περιλαμβάνει τα εκλεπτυσμένα ήθη και στην πνευματική ανάπτυξη, στη συμπεριφορά, στις σχέσεις ανάμεσα στους ανθρώπους, στην αισθητική έκφραση και στον τρόπο διαβίωσης ενός κοινωνικού συνόλου (Μπαμπινιώτης, 2006).

Ο πολιτισμός είναι δυνατόν να προσδιοριστεί και σαν τη δεύτερη φύση που παραχώθηκε από τους ανθρώπους μέσω της εργασίας και των γνώσεών τους (Βερνίκος, 2005:61). Χάρη δε στον πολιτισμό, τα μέλη του κοινωνικού συνόλου αναγνωρίζονται μεταξύ τους, λαμβάνουν μέρος στο κοινωνικό σύνολο, αποκτώντας με αυτό τον τρόπο την ατομική

τους ταυτότητα και λαμβάνουν μέρος στη ζωή μέσα από την ένταξή τους σε αυτή (Cuche, 2001:26-29).

Η κουλτούρα αποτελεί επίσης μια λέξη συνώνυμη του πολιτισμού μη σαφώς οριοθετημένη, καθώς σε ένα σύνολο περιπτώσεων ο ορισμός της κουλτούρας παρουσιάζεται να υιοθετεί την ακόλουθη ερμηνεία: «κουλτούρα ή πολιτισμός είναι το σύνθετο εκείνο σύνολο που περιλαμβάνει γνώσεις, τέχνες, ήθη, δίκαιο, έθιμα και κάθε άλλη ικανότητα και συνήθεια που αποκτά ο άνθρωπος ως μέλος της κοινωνίας» (Μπιτσάνη, 2004).

1.1.2 Ορισμός μετανάστη-πρόσφυγα

Η μετανάστευση αποτελεί ένα φαινόμενο με πολλές διαστάσεις και αρκετά επίπεδα. Η πολυπλοκότητά του προκύπτει από το ότι είναι ένα φαινόμενο που έχει σχέση με την ανθρώπινη εξέλιξη και κατ' επέκταση επιδρά σε ένα σύνολο τομέων όπως αυτόν της πολιτικής, της οικονομίας, του πολιτισμού, αλλά και της κοινωνιολογίας και της ψυχολογίας.

Σε μια συνολικότερη προσέγγιση ως μετανάστευση περιγράφεται η μόνιμη ή προσωρινή μεταβολή του τόπου εγκατάστασης ενός ατόμου, μιας ομάδας ή ενός κοινωνικού συνόλου. Ως φαινόμενο επομένως, η μετανάστευση συνδέεται σε σημαντικό βαθμό με τη μετακίνηση μεμονωμένων ατόμων ή/και μεγάλων ομάδων πληθυσμού τόσο στο εσωτερικό όσο και ανάμεσα στα κράτη λόγω κοινωνικών μεταβολών, οικονομικών και πολιτικών κρίσεων, επαναστάσεων και πολέμων, της ασύμμετρης κατανομής του παγκόσμιου πλούτου ανάμεσα στις αναπτυσσόμενες και τις αναπτυγμένες χώρες, της παγκόσμιας απορρύθμισης της αγοράς εργασίας, των ανθρωπογενών καταστροφών. Τα σημαντικότερα αίτια της μετανάστευσης είναι τα ακόλουθα:

- Η αναζήτηση καλύτερων συνθηκών διαβίωσης και οικονομικής ευημερίας.
- Η οικογενειακή επανένωση.
- Η φυγή από συνθήκες που αφορούν την απειλή της ζωής και την ασφάλεια του ατόμου ή της ομάδας που μετακινείται, κατά κύριο λόγο από εμπόλεμες περιοχές και αυταρχικά καθεστώτα που δεν σέβονται τα βασικά δικαιώματα και την ελευθερία των ατόμων.

Η μετανάστευση, ακόμα, διαφοροποιείται ανάλογα με την χρονική περίοδο κατά την οποία υλοποιείται σε παραδοσιακή, σύγχρονη ή νεωτερική. Η παραδοσιακή μετανάστευση είναι η μετανάστευση που διακρίνεται πριν από τους δυο Παγκοσμίους Πολέμους και είχε υπερπόντια στοιχεία. Παράλληλα, η σύγχρονη μετανάστευση, συνδέεται με την μεταβολή του τόπου εγκατάστασης ενός ατόμου ή ενός κοινωνικού συνόλου που διακρίνεται στα πλαίσια της σύγχρονης βιομηχανικής εποχής και της οποίας τα κεντρικά αίτια υπήρξαν οικονομικά. Τέλος, η νεωτερική μετανάστευση σχετίζεται με τη σύγχρονη μετανάστευση, συνδέεται

άμεσα με την εκβιομηχάνιση και αποτελεί συνάρτηση της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης που πρόεκυψε από αυτήν. Ως εκ τούτου, οι λόγοι που προκαλούν την μετακίνηση είναι ακόμη οικονομικοί (Μπιτσάνη, 2004)..

Άλλα κριτήρια που κάνουν το μεταναστευτικό φαινόμενο να διαφέρει είναι ότι αφορά:

1. Στη διάρκεια παραμονής της μετακίνησης, επομένως η μετανάστευση μπορεί να προσδιοριστεί ως μόνιμη ή προσωρινή
2. Στο βαθμό επιλογής της μετακίνησης και το αν αυτή είναι αποτέλεσμα της ελεύθερης επιλογής του ατόμου ή όχι, επομένως η μετανάστευση είναι πιθανόν να διαθέτει εκούσιο ή ακούσιο χαρακτήρα
3. Στο αριθμητικό μέγεθος του πληθυσμού που μετακινείται και ειδικότερα στο αν η μετανάστευση είναι ατομική ή ομαδική
4. Στον νομικό χαρακτήρα της, ο οποίος συνδέεται με το αν η μεταναστευτική δραστηριότητα του ατόμου ή της ομάδας που μετακινείται καταγράφεται ή όχι από τις αρχές του κράτους υποδοχής και ως εκ τούτου μπορεί να χαρακτηριστεί νόμιμη ή παράτυπη.
5. Στο γεωγραφικό εύρος της μετανάστευσης και ειδικότερα αν η μετακίνηση πραγματοποιείται εντός ή εκτός των ορίων ενός κράτους.

Επομένως, η μετανάστευση πιθανόν να είναι εσωτερική ή εξωτερική/διεθνής. Πέραν των τύπων που περιεγράφηκαν παραπάνω, ειδικότερα την τελευταία δεκαετία, και ιδίως μετά την πτώση των καθεστώτων του υπαρκτού σοσιαλισμού και τη δημιουργία μιας νέας τάξης πραγμάτων σε παγκόσμιο επίπεδο με κύριο χαρακτηριστικό την παγκοσμιοποίηση με οικονομικό κυρίως πρόσημο το άνοιγμα των αγορών, την ελεύθερη διακίνηση υπηρεσιών και αγαθών καθώς και ορισμένων κατηγοριών επαγγελματιών, δημιουργήθηκαν καινούριες αιτίες και ανάλογες κατηγορίες μεταναστών:

1. Η μετανάστευση για εκπαιδευτικούς λόγους και εξειδίκευσης,
2. Η παλιννόστηση ή/και επιστροφή πληθυσμών που για διάφορους λόγους παρέμειναν εκτός της χώρας προέλευσης τους, νόμιμα ή ακόμα και παράτυπα
3. Η κυκλική μετανάστευση, η οποία εμπεριέχει την εποχική, τη διασυνοριακή εμπορική δραστηριότητα, κ.ά.
4. Η κοινωνική μετανάστευση, η οποία αφορά κυρίως εξαρτώμενα μέλη που ακολουθούν τους νόμιμους μετανάστες και πρόσφυγες στις νέες χώρες στις οποίες εγκαθίστανται (οικογενειακή επανένωση)
5. Η μετανάστευση για περιβαλλοντικούς λόγους, η οποία οφείλεται σε εκτεταμένες περιβαλλοντικές καταστροφές μεγάλης έκτασης, όπως η απερίμωση καλλιεργήσιμων εδαφών, η ανομβρία, η βιομηχανική ρύπανση των υδάτινων πόρων, κ.ά.
6. Η μετανάστευση υψηλής εξειδίκευσης εργαζόμενων (ανώτατα στελέχη, τεχνικοί, και επιστήμονες) που μετακινούνται στο πλαίσιο πολυεθνικών εταιρειών, διεθνών οργανισμών και διεθνών Μ.Κ.Ο. ως απόρροια της παγκοσμιοποίησης της αγοράς

εργασίας, της απορρύθμισης του παγκόσμιου συστήματος εργασίας και της παγκοσμιοποιημένης διαχείρισης των ανθρωπιστικών, μεταναστευτικών και προσφυγικών κρίσεων.

Στην βάση των προαναφερθέντων κατηγοριών παραπάνω μετανάστευσης, οι βασικοί όροι που συνδέονται με το σύγχρονο μεταναστευτικό φαινόμενο είναι:

- Αλλοδαπός/ είναι εκείνο το φυσικό πρόσωπο που δεν διαθέτει την ιθαγένεια του κράτους στο οποίο κατοικεί ή που δεν έχει την ιθαγένεια κανενός άλλου κράτους (ανιθαγενής).
- Μετανάστης/Μετανάστρια είναι το άτομο εκείνο αλλά και τα μέλη της οικογένειας που μετακινούνται σε μια άλλη χώρα ή περιοχή προς αναζήτηση καλύτερων υλικών και κοινωνικών συνθηκών καθώς και για να καλυτερεύσουν το προσδόκιμο των ίδιων και των μελών των οικογενειών τους. Σύμφωνα μάλιστα με τον ορισμό που δίνει ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών, αναγκαία προϋπόθεση για να χαρακτηριστεί κάποιος ως μετανάστης/μετανάστρια είναι να διαβιεί μακριά από τη χώρα που γεννήθηκε ή τη χώρα της οποίας έχει την εθνικότητα, για πάνω από ένα χρόνο.
- Οικονομικός μετανάστης/Οικονομική μετανάστρια. Ως οικονομικός μετανάστης/οικονομική μετανάστρια περιγράφεται το άτομο που αλλάζει τόπο διαμονής με απώτερο σκοπό τη καλύτερευση της οικονομικής κατάστασής του.
- Πολίτης τρίτης χώρας αποκαλείται ο/η πολίτης κράτους που δεν διαθέτει την υπηκοότητα κάποιου κράτους-μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Μετανάστης/Μετανάστρια «δεύτερης γενιάς» χαρακτηρίζεται και θεωρείται το άτομο που διαθέτει τουλάχιστον έναν γονιό υπήκοο τρίτης χώρας που είτε γεννήθηκε στην Ελλάδα είτε έχει μεταναστεύσει σε αυτή σε μικρή ηλικία, διαμένει νόμιμα στη χώρα χωρίς να διαθέτει ελληνική ιθαγένεια και έχει ενταχθεί και συμμετάσχει στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα.
- Δικαιούχος διεθνούς προστασίας. Με βάση τον Οργανισμό των Ηνωμένων Εθνών, δικαιούχος διεθνούς προστασίας είναι όποιος-α που βρίσκεται εκτός της χώρας καταγωγής του/της ή της συνήθους διαμονής του/της και δεν διαθέτει τη δυνατότητα ή δεν επιθυμεί να επιστρέψει σε αυτή:
 - Βάσιμου και δικαιολογημένου φόβου δίωξης για λόγους φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, συμμετοχής σε ορισμένη κοινωνική ομάδα ή λόγω πολιτικών πεποιθήσεων (προσφυγικό καθεστώς)
 - Λόγω σοβαρών και αδιάκριτων απειλών κατά της ζωής του, της σωματικής του ακεραιότητας ή της ελευθερίας του που πηγάζει από γενικευμένη βία ή σε γεγονότα που έχουν σοβαρές επιπτώσεις στη δημόσια τάξη (καθεστώς επικουρικής προστασίας, ανθρωπιστικό καθεστώς).
- Αιτών διεθνούς προστασίας/αιτούσα διεθνούς προστασίας είναι ο/η αλλοδαπός ή ιθαγενής που δηλώνει προφορικά ή γραπτά σε οποιαδήποτε αρμόδια κρατική αρχή ότι ζητά άσυλο ή ζητά να μην απελαθεί γιατί νοιώθει φόβο για δίωξη λόγω φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, συμμετοχής σε ιδιαίτερη κοινωνική ομάδα ή πολιτικών πεποιθήσεων, ή γιατί κινδυνεύει να δεχτεί σοβαρή βλάβη στη χώρα καταγωγής ή

προηγούμενης διαμονής του/της, ιδίως γιατί κινδυνεύει με θανατική ποινή ή εκτέλεση, με βασανιστήρια ή απάνθρωπη ή εξευτελιστική μεταχείριση ή κινδυνεύει η ζωή ή η ακεραιότητά του/της λόγω διεθνούς ή εμφύλιας σύρραξης. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι δεν αναγνωρίζεται ως δικαιούχος διεθνούς προστασίας κάθε αιτών/αιτούσα άσυλο, αλλά κάθε πρόσφυγας/γυναίκα πρόσφυγας είναι κατ' αρχήν αιτών/αιτούσα άσυλο. Τέλος, σημειώνεται ότι παρότι οι δικαιούχοι διεθνούς προστασίας συγγέονται με τους μετανάστες/μετανάστριες, η διαφορά του καθεστώτος αυτών των δύο ομάδων είναι αρκετά μεγάλη και δεν διακρίνεται από σαφή προσδιορισμό. Οι δικαιούχοι διεθνούς προστασίας δεν επιλέγουν να εγκαταλείψουν τις χώρες τους, αλλά είναι αναγκασμένοι λόγω του φόβου δίωξης ή του φόβου για κίνδυνο της ζωής τους. Αντίθετα, οι μετανάστες και οι μετανάστριες απολαμβάνουν την προστασία των πατρίδων τους, αλλά κατ' επιλογή τους με τη βούλησή τους να αναχωρήσουν από αυτές, ώστε για παράδειγμα να καλυτερεύσουν την οικονομική τους κατάσταση ή λόγω οικογενειακών δεσμών.

- Τέλος ασυνόδευτοι ανήλικοι/ασυνόδευτα ανήλικα είναι τα άτομα, κάτω των 18 ετών, τα οποία πηγαίνουν σε μια άλλη χώρα, χωρίς να συνοδεύονται από πρόσωπο που διαθέτει και ασκεί τη γονική μέριμνά τους ή οι ανήλικοι και οι ανήλικες που εγκαταλείπονται ασυνόδευτοι/ασυνόδευτες μετά την είσοδό τους σε μια χώρα (<http://www.opengov.gr/immigration/?p=799>)

1.1.3 Ορισμός Διαπολιτισμικότητα



Εικόνα 1: Πηγή: wikimedia commons

Η διαπολιτισμικότητα δεν έχει τη δυνατότητα ακριβής οριοθέτησης και εννοιολόγησης. Αποτελεί μία διαλεκτική σχέση, μία διαδρομή αλληλεπίδρασης και συνεργασίας ατόμων που διαθέτουν διαφορετικές εθνικότητες (Νικολάου, Γ., 2011). Η διαπολιτισμικότητα συνδέεται με την αποδοχή της κουλτούρας, του τρόπου σκέψης του άλλου, όχι αποκλειστικά με βάση τις γνώσεις, αλλά τον πολιτισμό γενικότερα. Περιλαμβάνει και προάγει τις ικανότητες των ατόμων να παράγουν και να διαμορφώνουν κοινές ταυτότητες. Τέλος χαρακτηρίζεται

αυτονόητο εντός τους πλαισίου της διαπολιτισμικότητας συμπεριλαμβάνεται η αμοιβαιότητα, η πραγματική αλληλεγγύη αλλά και η αλληλοσυσχέτιση του τρόπου σκέψης και των ιδεών του άλλου ανθρώπου, του διαφορετικού από εμάς και η κοινωνική ισότητα (Landis , Bennett, Bennett ,2003).

Η διαπολιτισμικότητα στην υγεία αποτελεί μια σχετικά πρόσφατη ιδέα και η αντίληψη που αναπτύσσεται ως απάντηση σε ισχυρισμούς των αυτόχθονων πληθυσμών για το δικαίωμά τους στην πολιτιστική τους ταυτότητα, αλλά αντιστοιχεί ακόμα και σε μια παγκόσμια τάση που περιλαμβάνει το «δικαίωμα στη διαφορά» που διακρίνει τη συνύπαρξη ανάμεσα σε διαφορετικές πολιτιστικές ομάδες. Σε αρκετές περιπτώσεις η διαπολιτισμικότητα σχετίζεται λανθασμένα με τον όρο πολυπολιτισμικότητα. Στους όρους «διαπολιτισμικότητα» και «πολυπολιτισμικότητα» γίνεται εκτενή χρήση στις μέρες μας και υπό διάφορες συνθήκες, αν και όχι πάντοτε με την αναγκαία ακρίβεια (Παπαθανασοπούλου,2012).

Η διαπολιτισμικότητα προϋποθέτει την πολυπολιτισμικότητα, αλλά δεν ξεκινά αυτόματα από αυτήν (Δαμανάκη, 1989). Ως αποτέλεσμα προκύπτει ότι οι δύο επίμαχοι όροι δεν είναι ούτε συνώνυμοι αλλά ούτε ταυτόσημοι (Δαμανάκη,1995).

Ακόμα ο Μ. Δαμανάκης συμπληρώνει ότι «στις αγγλοσαξονικές χώρες χρησιμοποιείται σχεδόν αποκλειστικά ο όρος «πολυπολιτισμικότητα» και μάλιστα και ως αναλυτικός και ως κανονιστικός όρος και ότι οι όροι πολυπολιτισμικότητα και διαπολιτισμικότητα κινούνται σε επίπεδο κοινωνίας (μακροεπίπεδο), ενώ ο όρος διαπολιτισμικότητα σε επίπεδο ατόμου ή μικρό-ομάδας (μικροεπίπεδο)». Η πολυπολιτισμικότητα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας του Putnam, αποτελεί έμμεση σοβαρή αιτία για την αποξένωση των μελών μίας κοινωνίας αλλά και τη χαλαρότητα στους δεσμούς του συνόλου των κοινωνικών δικτύων (Χατζή, 2011).

1.2 Πολυπολιτισμική κοινωνία και νοσηλευτική επιστήμη ως επάγγελμα και ως λειτουργήμα

Είναι η κοινωνία που περιλαμβάνει αρκετούς και διαφορετικούς πολιτισμούς, θρησκείες και φυλές. Οι επιστημονικές έρευνες αναφέρουν και υποστηρίζουν ότι οι «πολυπολιτισμικές κοινωνίες» έχουν την τάση να παράγουν αφορμές για συγκρούσεις που συχνά δημιουργούν εμφύλιους πολέμους σε αντίθεση με τις «μονοπολιτισμικές» που περιγράφονται ως παραδοσιακές και «κατώτερες». Οι Έλληνες ως φιλελεύθεροι και προοδευτικοί άνθρωποι σύμφωνα με τους υποστηρικτές του «πολυπολιτισμού» αναφέρεται ότι είναι υπέρ της «πολιπολιτισμικής κοινωνίας» αν και δεν τους τέθηκε ποτέ τέτοιο ερώτημα ούτε αναλογίστηκαν ποια είναι τα αποτελέσματα της (Γλύκατζη-Αρβελέρ, 2007).

Η απόκτηση πτυχίου ενός νοσηλευτή πιστοποιεί την εκπαιδευτική του επάρκεια. Σε θεωρητικό επίπεδο ο Έλληνας νοσηλευτής διαθέτει την επάρκεια για να ανταποκριθεί στο έργο του. Οι γνώσεις και η παιδεία που προσέλαβε κατά την φοίτηση του αποτελούν τα αναγκαία εφόδια για να επιτελέσει το έργο του. Άρα η επάρκεια προσδιορίζεται και παρέχεται από την πολιτεία με το παρεχόμενο πτυχίο και αφορά την επιστημονική, τη θεωρητική και την ερευνητική κατάρτιση και βεβαιώνει της ικανότητες του να ασκήσει νοσηλευτικό έργο (Αποστολαρά, 2013).

Ο ρόλος του νοσηλευτή διακρίνεται από ιδιαίτερη σημαντικότητα, καθώς είναι αυτός που διαμορφώνει την νοσηλευτική πολιτική. Ο νοσηλευτής μέσα από την ετοιμότητά του, είναι αναγκαίο να λειτουργεί και να είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται άμεσα τα ερεθίσματα που λαμβάνει να τα αξιοποιεί και να λειτουργεί στην βάση αυτών. Η νοσηλευτική ετοιμότητα εκτός από την άμεση αντίδραση σε ζητήματα που σχετίζονται με την νοσηλευτική πράξη, απαιτεί από τον νοσηλευτή να είναι σε θέση να αντιδρά με αμεσότητα σε ζητήματα που αφορούν το νοσοκομειακό περιβάλλον, τις σχέσεις του με τους νοσηλευόμενους, τους συναδέλφους, καθώς και με τα όργανα του νοσοκομείου(Γερογιάννηκα,2008).

Στην Αμερική το Ινστιτούτο Ιατρικής και η Αμερικανική Ένωση Κολλεγίων Νοσηλευτικής συνιστούν, ότι η επαγγελματική εκπαίδευση νοσηλευτών είναι αναγκαίο να περιλαμβάνει την ανάπτυξη υψηλού επιπέδου πολιτιστικής ικανότητας (Kwasky & Corrigan C,2016).

Μια σύγχρονη μελέτη αναφέρει ότι, η πολιτισμική ικανότητα μαθαίνεται με το πέρασμα του χρόνου και αποτελεί μια διαδικασία εσωτερικής αντανάκλασης και συνειδητοποίησης. Οι τομείς της ευαισθητοποίησης, των δεξιοτήτων και της γνώσης είναι σημαντικές ικανότητες που είναι αναγκαίο να διαθέτουν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και ειδικότερα οι νοσηλευτές. Παρόλο που διακρίνονται εμπόδια στην παροχή η πολιτισμική ευαισθησία της φροντίδας σε σχέση με την υγεία, η καλύτερη κατανόηση των πολιτιστικών ικανοτήτων είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη ρεαλιστικών τεχνικών εκπαίδευσης και κατάρτισης, οι οποίες θα συντελέσουν σε ποιοτική επαγγελματική νοσηλευτική πρακτική για όλο και πιο ποικίλους πληθυσμούς(Young & Guo,2016).

Ένας σημαντικός αριθμός μελετών αξιολογούν την πολιτισμική επάρκεια και ικανότητα των επαγγελματιών υγείας από την γνώμη που εκφέρουν οι ίδιοι οι ασθενής. Σε αρκετές περιπτώσεις οι θετικές εμπειρίες των ασθενών αποδίδονται σε ορισμένες σχεσιακές και τεχνικές ικανότητες, καθώς και σε ορισμένες προσεγγίσεις φροντίδας και επικοινωνίας από τον νοσηλευτή. Οι αρνητικές εμπειρίες συνδέονται με την αγωγή, με την έλλειψη σεβασμού, την πίεση που πηγάζει από τους χρονικούς περιορισμούς και την αίσθηση εγκατάλειψης λόγω των γλωσσικών εμποδίων, διακρίσεων, διαφορετικών αξιών και επιρροών (Rocque &Leanza ,2015).

Η χρήση των Αριστοτελικών εννοιών, της ποίησης και της πρακτικής, συντελούν ώστε να ερμηνευτούν οι δυσκολίες που αντιμετωπίζονται στην νοσηλευτική καθημερινότητα με σοφία, με εμπειρία στην εξερεύνηση για το τι είναι η νοσηλευτική σοφία και ποια είναι η σύνδεση της με τον νοσηλευτή. Το ζήτημα όμως είναι να αντιληφθούμε ότι στην πράξη τη νοσηλευτική ως μια ηθική οντότητα με την εγγενή αξία της. Έτσι αρκετοί διακρίνουν το νοσηλευτικό επάγγελμα ως ηθικό και όχι μόνο ως ένα επάγγελμα που συνδέεται με το ζήτημα της φροντίδας. Για να είσαι "σοφός" νοσηλευτής, όπως χαρακτηρίζει πολύ επιτυχημένα ο Δρ Newham είναι ανάγκη να είσαι "σοφός" άνθρωπος (Newham et. al., 2014).

Το νοσηλευτικό επάγγελμα όπως περιγράφει η Olshansky (2011) χαρακτηρίζεται συχνά ως το πιο αξιόπιστο επάγγελμα εμπιστοσύνης και επειδή έχει λάβει αυτή τη βαθμολογία, προσδιορίζεται ως δεδομένο. Σε επιβεβαίωση αυτού, ετήσια έρευνα του RoyMorgan Research από την Αυστραλία 2017, προσδιόρισε ότι για 22 συναπτά έτη πρώτοι σε προτίμηση είναι οι νοσηλευτές με ποσοστό 92%, αφού οι πολίτες τους βλέπουν ως το πιο ηθικό και τίμιο επάγγελμα, ενώ ακολουθούν σε ποσοστά άλλοι επαγγελματίες όπως οι φαρμακοποιοί, γιατροί, μηχανικοί και οι αστυνομικοί. Είναι σημαντικό ακόμα, να αναφερθεί ότι τα αποτελέσματα της σημαντικής δημοσκόπησης GallupPoll, που δημοσιεύθηκε στις 26 Δεκεμβρίου του 2017, προσδιόρισε ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή αξιολογήθηκε ακόμα πρώτο ως προς την εμπιστοσύνη με 82% σε σχέση με άλλα 21 δημοφιλή επαγγέλματα (Olshansky, 2011).

Το επάγγελμα του Νοσηλευτή στην Αμερική διακρίνεται πια με τη διάκριση καθώς είναι το πιο αξιόπιστο επάγγελμα για 16 συνεχόμενα χρόνια. Οι Αμερικανοί πολίτες αξιολογούν τους νοσηλευτές ως ειλικρινείς και αναφέρουν ότι τηρούνται δεοντολογικά πρότυπα του επαγγέλματος τους με υψηλά ή πολύ υψηλά ποσοστά. Συγκριτικά στην ίδια ερευνά, οι γιατροί κατέβαλλαν την Τρίτη θέση με υψηλό ή πολύ υψηλό ποσοστό 65% και οι φαρμακοποιοί ήρθαν τέταρτοι με ποσοστό 63%. (Siegeletal., 2018, Woods, 2005).

Σε ανάλογη ερευνά στον Ευρωπαϊκό χώρο από τον Jo Stephenson στο έντυπο Nursing times στις 1 Δεκεμβρίου του 2017 περιγράφεται ότι η νοσηλευτική εξακολουθεί να είναι το «πιο αξιόπιστο επάγγελμα» στις προτιμήσεις των Βρετανών Πολιτών μετά από την ετήσια έρευνα του Ipsos MORI, όπου εξακριβώθηκε ότι το 94% των ανθρώπων έχουν εμπιστοσύνη γενικά τους νοσηλευτές για να τους πούμε την αλήθεια-ελαφρώς πιο πάνω από το 93% που τους βαθμολόγησαν πέρυσι (Koutelekos, 2015).

Οι νοσηλευτές λοιπόν κάνουν τη διαφορά καθημερινά σε ένα σύνολο τομέων στην υγεία και προσφέρουν το κατάλληλο επίπεδο εμπιστοσύνης το οποίο οι πολίτες τους δείχνουν την ευγνωμοσύνη τους και το επιβραβεύουν. Έτσι η ευθύνη των νοσηλευτών σε παγκόσμιο επίπεδο διογκώνεται και είναι καλό να επιδιώξουν αυτή την εμπιστοσύνη να το συντηρούν σε σχέση με τους ασθενείς, τους συναδέλφους και την κοινότητα κρατώντας τα υψηλότερα δυνατά πρότυπα ηθικών και επαγγελματικών συμπεριφορών με αποδοχή προσωπικής ευθύνης στην καθημερινή πρακτική (Polikandrioti et. al.,2013).

Αυτό προκύπτει όταν οι νοσηλευτές έχουν γνώση της δεοντολογίας και πραγματοποιούν εφαρμογή στην νοσηλευτική πρακτική μέτρηση των ηθικών αρχών. Η νοσηλευτική κοινότητα έχει ανάγκη όμως διαρκώς να επανεξετάζει τις συνθήκες τις κοινωνίες και τις ανάγκες της. Ειδικότερα οι καθηγητές στην νοσηλευτική είναι αναγκαίο να επαναξιολογούν τις διδακτικές πρακτικές που βασίζονται στις ηθικές αξίες με στόχο να συνεπικουρούν την κατάλληλη δεοντολογική νοσηλευτική πρακτική μέσω ενεργών εκπαιδευτικών μεθόδων στο σύγχρονο απαιτητικό περιβάλλον που βρίσκεται σε διαρκή μεταβολή. Άλλωστε στην νοσηλευτική φροντίδα, η έννοια της ηθικής έχει πρωτεύοντα ρόλο στην εκτέλεση των καθηκόντων και της ουσιαστικής επικοινωνίας με τους ασθενείς και τις ανάγκες τους (Koutelekos, 2015).

Η εμπιστοσύνη λοιπόν αποτελεί ζωτικό στοιχείο της ηθικής γιατί προσδιορίζει την ηθική συμπεριφορά, που με ένα διαφορετικό αλλά απλό τρόπο σημαίνει την πράξη του «σωστού». Σίγουρα το να πράττεις το «σωστό» εμπεριέχει και την ειλικρίνεια και την εμπιστοσύνη, αξίες ουμανιστικής παιδείας προς τους συνανθρώπους μας. Η προσφορά του ασφαλούς και υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης σχετίζεται με την ειλικρίνεια και την εμπιστοσύνη. Η εμπιστοσύνη περιλαμβάνει ακεραιότητα και ειλικρίνεια. Περιλαμβάνει τη δυνατότητα να στηρίζεται σε κάποιο ηθικό άτομο που να διακατέχεται από ειλικρίνεια και να προσδίδει έμπρακτα εμπιστοσύνη και αυτό είναι θεμελιώδες για μια υγιή και ορθή κοινωνία(Koutelekos, 2015).

1.3 Διαπολιτισμική προσέγγιση οικογενειών με διαφορετική κουλτούρα

Η διαπολιτισμική νοσηλευτική αποτελεί ένα πεδίο μελέτης ανθρώπινων πολιτισμών σε σύγκριση με την ανακάλυψη ομοιοτήτων και διαφορών, οι οποίες συνδέονται με τα νοσηλευτικά φαινόμενα φροντίδας, υγείας ή ασθένειας εντός των πλαισίων της κουλτούρας. Επικεντρώνοντας σε πολιτισμικές αξίες, σε πιστεύω και σε τρόπους ζωής ανθρώπων και οργανισμών χρησιμοποιεί αυτή τη γνώση για να προσφέρει φροντίδα σε συγκεκριμένες πολιτισμικές ομάδες ή και παγκοσμίως. Στόχος διαπολιτισμικής νοσηλευτικής είναι να διαμορφώσει και να δημιουργήσει μια νέα γενιά νοσηλευτών οι οποίοι θα είναι ευαίσθητοι, κατάλληλοι και ασφαλείς γνώστες της φροντίδας ανθρώπων με διαφορετικούς ή παρόμοιους τρόπους ζωής, αξίες, πιστεύω και πρακτικές με τρόπο σκόπιμο, σαφή και ωφέλιμο. Έννοιες θεμελιώδεις για το τι είναι η κουλτούρα: αξίες, πιστεύω, συνήθειες, τρόπος ζωής μιας συγκεκριμένης ομάδας που μαθαίνονται, μοιράζονται, κληρονομούνται και καθοδηγούν σκέψεις, αποφάσεις και πράξεις με συγκεκριμένο τρόπο. (Siegel et. al., 2018, Woods, 2005). Η Πολιτισμική φροντίδα: υποκειμενικές και αντικειμενικές αξίες, πιστεύω και πρότυπα ζωής, που μαθαίνονται, κληρονομούνται και συμβάλουν, υποστηρίζουν, διευκολύνουν και καθιστούν ικανό το άτομο ή την ομάδα να διατηρήσει την ευεξία, την υγεία, να καλυτερεύσει τις συνθήκες διαβίωσης ή να αντιμετωπίσει την ασθένεια, την αναπηρία και το θάνατο. Και η Πολιτισμικά ευαίσθητη νοσηλευτική φροντίδα: οι στηριζόμενες στη γνώση ενέργειες ή αποφάσεις που πιθανόν να συμβάλουν, υποστηρίζουν, διευκολύνουν ή ενδυναμώνουν, και οι οποίες είναι διαμορφωμένες να προσαρμόζονται στις πολιτισμικές αξίες, τα πιστεύω και τον τρόπο ζωής ατόμων, ομάδων, ή οργανισμών με σκοπό να παράσχουν ή να θεωρηθούν σκόπιμη, ωφέλιμη και ικανοποιητική φροντίδα υγείας ή υπηρεσίες υγείας. Η Madeleine

Leininger είναι ίσως η πρώτη νοσηλεύτρια – ερευνήτρια που αντιλήφθηκε από νωρίς την ανάγκη προσέγγισης των νοσηλευτικών ζητημάτων από διαφορετική οπτική γωνία. Η ενασχόληση της με διαφορετικές ομάδες και πληθυσμούς την οδήγησε στην εμφάνιση καινούργιων εννοιών και γνώσεων σε σχέση με την νοσηλευτική, όπως είναι η «Διαπολιτισμική Φροντίδα».

Ο όρος «Διαπολιτισμική Νοσηλευτική» ή «Εθνονοσηλευτική» προσδιορίζει τον συστηματικό τρόπο έρευνας και ταξινόμησης των δεδομένων, σχετικά με τις αντιλήψεις, πεποιθήσεις και πρακτικές μιας ομάδας ανθρώπων με κοινά πολιτισμικά στοιχεία για τη νοσηλευτική φροντίδα. Σκοπός της είναι να προσδιορίσει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται και βιώνουν την νοσηλευτική αλλά και το σύνολο των υπηρεσιών υγείας όταν ανήκουν σε μια συγκεκριμένη κουλτούρα. Η Leininger υποστηρίζει ότι τα νοσηλευτικά φαινόμενα γίνονται καλύτερα αντιληπτά μέσα στο φυσικό, ιστορικό, κοινωνικό, πολιτισμικό πλαίσιο του ανθρώπου και συνδυαστικά με τη στάση του ίδιου ή μεγάλων ομάδων για τη ζωή καθώς και την εμπειρία τους από την φροντίδα (Leininger, 1991). Οι νοσηλευτές είναι αναγκαίο να αναπτύξουν πολιτισμική επίγνωση και ευαισθησία, με σκοπό να παράσχουν την κατάλληλη «ποιοτική φροντίδα». Η πολιτισμική επίγνωση περιλαμβάνει τη γνώση του ιστορικού του ατόμου, καθώς και τον σεβασμό στις εορτές και στις καλλιτεχνικές του εκφράσεις. Ακόμα περιλαμβάνει την επίγνωση της προσωπικότητας του, των αξιών του, των πεποιθήσεων και προκαταλήψεων του. Η πολιτισμική ευαισθησία και ο σεβασμός σε αποδεκτές μορφές επικοινωνίας, η αποφυγή προσβλητικής γλώσσας, καθώς και η αποφυγή των απόψεων που προσβάλλουν τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του ατόμου. Η διαμόρφωση ενός «ανοιχτού» πνεύματος και η κατανόηση του κόσμου εντός ενός διαφορετικού πολιτισμικά ανθρώπου είναι μια διαφορετική πτυχή της πολιτισμικής επίγνωσης (Siegel et. al., 2018, Woods, 2005).

1.4 Τα κυριότερα μοντέλα ανάπτυξης πολιτισμικής επάρκειας

Με σταθερό το γεγονός ότι οι μετανάστευση αυξάνεται διαρκώς, τα μοντέλα ανάπτυξης πολιτισμικής επάρκειας σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας στο σύνολο των δομών υπηρεσιών υγείας, δείχνουν να είναι πιο επίκαιρα από ποτέ. Τα διάφορα μοντέλα που έχουν δημιουργηθεί προσδιορίζουν τις διαστάσεις και διαδικασίες που σχετίζονται με τη διαπολιτισμική νοσηλευτική, προσφέρουν εργαλεία και δεξιότητες που συμβάλουν στην επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Βοηθούν ακόμα τους επαγγελματίες υγείας να αντιληφθούν συμπεριφορές και στάσεις απέναντι στην υγεία και την ασθένεια. Το Μοντέλο για τις πολιτισμικές δεξιότητες του Purnell αποτελεί ένα μοντέλο που προσφέρει ένα πλαίσιο αναφοράς για την διαπολιτισμική αξιολόγηση. Στο μοντέλο του Purnell διακρίνονται 12 τομείς που είναι κοινοί για το σύνολο των πληθυσμών:

- 1) συνολική θεώρηση, τόπος προέλευσης και τοπογραφία
- 2) επικοινωνία,
- 3) οι ρόλοι και η δομή της οικογένειας,

- 4) θέματα εργατικού δυναμικού,
- 5) βιοπολιτισμική οικολογία,
- 6) συμπεριφορές υψηλού κινδύνου,
- 7) διατροφή,
- 8) εγκυμοσύνη και πρακτικές τεκνοποίησης
- 9) τελετουργίες θανάτου,
- 10) πνευματικότητα,
- 11) πρακτικές υγειονομικής φροντίδας,
- 12) επαγγελματίες υγείας.

Το μοντέλο είναι εφικτό να καθοδηγήσει την εκτίμηση του πολιτισμού, τους τομείς που προσφέρουν ένα αρχικό πλαίσιο για τη συλλογή πληροφοριών που συνδέεται με την οικογένεια (Purnell&Paulanka 1998).

Σε περισσότερο πρακτικό επίπεδο, οι Purnell και Paulanka (1998) περιγράφουν τις δεξιότητες επικοινωνίας που περιλαμβάνουν γλωσσικά στοιχεία (κυρίαρχη γλώσσα, διαλέκτους), μη γλωσσικές παραλλαγές (τόνος και αποχρώσεις της φωνής), μη λεκτική επικοινωνία (οπτική επαφή, εκφράσεις προσώπου, χρήση αγγίγματος, γλώσσα σώματος, ειδικές πρακτικές, αποδεκτοί τρόποι χαιρετισμού), δυναμικότητα (αντίληψη του κόσμου κατά το παρελθόν, το παρόν και προοπτικές για το μέλλον), και την χρήση του πρωτοκόλλου εθιμοτυπίας κατά τη χρησιμοποίηση των ονομάτων.

Το σύνολο των στοιχείων που είναι πιθανό να είναι διαφορετικά από κουλτούρα σε κουλτούρα και η άγνοιά τους πιθανόν να επιφέρει εμπόδια στην επικοινωνία. Με βάση το πρωτόκολλο του μοντέλου των Papadopoulos, Tilki & Taylor (1998) η ανάπτυξη πολιτισμικής ικανότητας προϋποθέτει την προσφορά αποτελεσματικής φροντίδας υγείας λαμβάνοντας υπόψη τις πολιτισμικές πεποιθήσεις, συμπεριφορές και ανάγκες των ανθρώπων. Αποτελεί τη σύνθεση αρκετών γνώσεων και δεξιοτήτων, οι οποίες αποκτώνται στο πλαίσιο της προσωπικής και επαγγελματικής ζωής που διαρκώς προστίθενται καινούργιες. Για να προσφερθεί σε αυτήν τη γνώση και στις δεξιότητες μια δομή και για να διευκολυνθεί η εκμάθησή τους προτείνουν τα στάδια της πολιτισμικής επάρκειας, πολιτισμικής γνώσης, πολιτισμικής ευαισθησίας και πολιτισμικής ικανότητας.

Εκτός από το μοντέλο των Papadopoulos, Tilki & Taylor (1998), στη διεθνή βιβλιογραφία διακρίνονται διάφορα άλλα μοντέλα πολιτισμικής επάρκειας που αναφέρουν χρήσιμες λύσεις και προτάσεις που σχετίζονται με την διάρθρωση της νοσηλευτικής πρακτικής με διαπολιτισμική κατεύθυνση (Campinha Bacote, 1998). Η Campinha-Bacote (1998) προσφέρει μία περιεκτική λίστα από μοντέλα και εργαλεία, που δημιουργήθηκαν με σκοπό να συγκεντρωθούν στοιχεία και δεδομένα που σχετίζονται με τα πολιτιστικά στοιχεία, που είναι αναγκαία για το σωστό υπολογισμό των αναγκών του αρρώστου.

Η Campinha-Bacote (1998) καταδεικνύει ότι το να υλοποιεί κάποιος μία πολιτισμική αξιολόγηση είναι κάτι περισσότερο από την επιλογή ενός εργαλείου και ικανοποίηση των συστατικών στοιχείων του. Η διαδικασία αυτή είναι αναγκαίο να υλοποιείται με έναν πολιτισμικά ευαίσθητο τρόπο, συνυπολογίζοντας το «επείγον» της κατάστασης υγείας του ασθενή και την υπάρχουσα γνώση για τον πολιτισμό του, έτσι ώστε, για παράδειγμα, να αποφευχθούν ατυχή περιστατικά και να συνυπολογιστεί η οικογένεια στη διαδικασία.

Η ίδια η συγγραφέας συστήνει ότι μία αποτελεσματική προσέγγιση της πολιτισμικής αξιολόγησης είναι αναγκαίο να περιλαμβάνει την ενσωμάτωση των στοιχείων πολιτισμικού περιεχομένου στα ήδη υπάρχοντα νοσηλευτικά έντυπα. Με τον τρόπο αυτό η κουλτούρα δεν αντιμετωπίζεται ως ένα ακόμα στοιχείο αλλά ως ένα σημαντικό μέρος, που δεν αποσπάτε από τις νοσηλευτικές διαδικασίες (Papadopoulos κ.ά 2011).

Σε αρκετές περιπτώσεις η απλή και στεία γνώση δεν συνδέεται με την πολιτισμική ευαισθησία και επάρκεια. Στην πραγματικότητα οι περισσότεροι νοσηλευτές και επαγγελματίες υγείας, έχουν την πρόθεση να προσφέρουν πολιτισμικά ευαίσθητη νοσηλευτική φροντίδα που να έχει ανταπόκριση στις διάφορες πολιτισμικές ομάδες. Αυτό που διαπιστώνεται σε πρακτικό επίπεδο, είναι ότι οι νοσηλευτές και οι επαγγελματίες υγείας που έχουν οι ίδιοι ως άτομα ανεπτυγμένη κουλτούρα και πολιτισμικό πλαίσιο αναφοράς τότε αυτό το πλαίσιο σχετίζεται άμεσα και έχει αντίκτυπο στην εργασία τους (Papadopoulos, 2004).

Συχνά δε, δεν έχουν επίγνωση ότι οι ατομικές πολιτισμικές αξίες επιδρούν στην σκέψη τους, την στάση τους και την συμπεριφορά τους. Εκείνοι που έχουν πολιτισμική ευαισθησία απέναντι στη διαφορετικότητα και στην ξένη κουλτούρα έχουν συμπεριφορά ανάλογη και απαλλαγμένη από στερεότυπα. Όμως αυτό που είναι αποδεκτό από την σύγχρονη νοσηλευτική είναι ότι κάθε νοσηλευτής είναι σχεδόν αναγκαίο να συμπεριλάβει στα καθήκοντά του την προσέγγιση της κάθε οικογένειας ως μοναδική, με σεβασμό στις πολιτισμικές της διαφορές ώστε να της προκύψει κάθε δυνατή βοήθεια και νοσηλευτική φροντίδα στο σύνολο του φάσματος της ασθένειας και της υγείας.

1.5 Αντιμετώπιση ρατσισμού από τους επαγγελματίες νοσηλευτές

Οι επαγγελματίες υγείας εκπροσωπώντας ένα μέρος της κοινωνίας και λόγω της φύσης του επαγγέλματος έρχονται σε επαφή με ένα αρκετά σημαντικό αριθμό από πολιτισμούς. Δεχόμενοι αλληλεπιδράσεις κατά την επαγγελματική τους σταδιοδρομία, αλλά στο πλαίσιο της εκπαίδευσής τους είναι αναγκαίο να διακατέχονται από αισθήματα αλληλεγγύης, δημοκρατίας και ισονομίας. Η λέξη ρατσισμός δεν διαθέτει καμία θέση στα επαγγέλματα υγείας ούτε φυσικά στην κοινωνία, ωστόσο δεν είναι λίγα τα περιστατικά που έχουν παρουσιαστεί κατά καιρούς με ιατρούς και νοσηλευτές που αρνήθηκαν να προσφέρουν φροντίδα σε ασθενείς, λόγω ξενοφοβίας ή ρατσισμού. Είναι αναγκαίο στις πολυπολιτισμικές κοινωνίες να περιοριστούν και να εξαλείψουν τα παραπάνω φαινόμενα και προκαταλήψεις ώστε να εξασφαλιστεί η μέγιστη ποιότητα παροχής φροντίδα (Ansell et. al., 2015).

Ειδικά οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ένα σύνολο διλημάτων όταν προσφέρουν υγειονομική περίθαλψη στους μετανάστες, έναν πληθυσμό ευάλωτο. Ο ρατσιστικός, οργανισμένος διάλογος είναι πολύ πιθανόν να παράξει ένα εχθρικό περιβάλλον φροντίδας που μπορεί να θέσει τους ασθενείς σε κίνδυνο μη προσφέροντας τους ικανοποιητική περίθαλψη (Fitzgerald, et. al.,2016).

Σύμφωνα με το αντιρατσιστικό μοντέλο που δημιουργήθηκε στην Αγγλία και την Αμερική στα τέλη της δεκαετίας του '80, η βάση του βασίστηκε στην πολυπολιτισμική εκπαίδευση και στην προσωπικότητα του ατόμου, μέσα από στάσεις και συμπεριφορές, παρά στους κοινωνικούς θεσμούς. Ωστόσο τις περισσότερες φορές οι ίδιες οι κοινωνίες συντελούν στην ανάπτυξη του ρατσισμού με νόμους και διατάξεις του κάθε κράτους, με αποτέλεσμα να μετριάζονται οι ευκαιρίες ορισμένων πολιτισμικών ομάδων (Γεωργογιάννης, 2007).

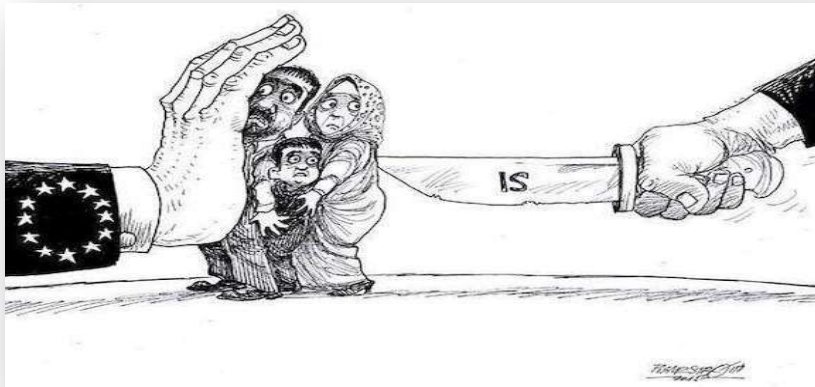
Οι νοσηλευτές κατά την διάρκεια της εκπαίδευσης τους έχουν ευκαιρίες αντιμετώπισης του ρατσισμού μέσω της διαπολιτισμικής ευαισθητοποίησης. Τα αποτελεσματικότερα μοντέλα είναι αυτά που περιγράφονται ακολούθως:

1. Η ολοκληρωμένη διδασκαλία, με την εισαγωγή διαπολιτισμικών εννοιών στο σύνολο των μαθημάτων που προσφέρονται κατά την εκπαιδευτική διαδικασία στα μαθήματα.
2. Τη ξεχωριστή διδασκαλία στην πολυπολιτισμικότητα, κοινωνικό αποκλεισμό, κ.ά.

Παράλληλα είναι επιτακτικό οι επαγγελματίες υγείας να συνεργάζονται με μέλη εθνοτικών ομάδων όπως για παράδειγμα «διαπολιτισμικούς μεσολαβητές ή κοινωνικούς βοηθούς», οι οποίοι εκπροσωπούν την γνώση και βιώματα της δικής τους κουλτούρας και παράλληλα συντελούν στην εξάλειψη δυσκολιών στην επικοινωνία και αποτελούν τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα σε διαφορετικούς πολιτισμούς. Τον τελευταίο καιρό αρκετές ΜΚΟ είναι σε συνεργασία με διαπολιτισμικούς διαμεσολαβητές (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2006).

Στη διαπολιτισμική πρακτική, η ευαισθητοποίηση του νοσηλευτή πραγματοποιείται αρχικά, με την προσωπική διεργασία βιωμάτων και συναισθημάτων αυτοαντίληψης και προσωπικών προκαταλήψεων και συνεχίζεται στην επαγγελματική ζωή, μέσα από τη γνώση και την εμπειρία. Αυτή η διεργασία είναι συνεχείς όσο και η σταδιοδρομία του και τον συμβάλει να αναπροσαρμόσει τις επαγγελματικές του στάσεις, αξίες και δεξιότητες, να σεβαστεί την ιστορία, παράδοση, δομή και λειτουργία κάθε πολυπολιτισμικής ομάδας, με απώτερο σκοπό την υιοθέτηση ορθών στάσεων και πρακτικών προς την πολιτισμικότητα. Παρόλο που η διαπολιτισμική φροντίδα έχει αναγνωριστεί από καιρό ως αναγκαία για τη νοσηλευτική εκπαίδευση, δεν υπάρχει σαφής συναίνεση ως προς το πώς πρέπει να διδαχθεί ή ποιες θεωρητικές προοπτικές είναι αναγκαίο να υποστηρίξουν αυτή τη διδασκαλία.

Η διαπολιτισμική εκπαίδευση από μόνη της δεν είναι αρκετή για την καταπολέμηση του ρατσισμού. Ο ρατσισμός εξακολουθεί να υπάρχει σε νοσηλευτές και μετά τη συμμετοχή τους στη διαπολιτισμική εκπαίδευση. Η διαπολιτισμική εκπαίδευση που εστιάζει τόσο στην πολιτισμική ικανότητα όσο και στον αντίρατσισμό είναι αναγκαία για την προαγωγή της αποτελεσματικής πολιτιστικής φροντίδας στους νοσηλευτικές (Allen ,2010).



Εικόνα 2 ΠΗΓΗ : IScreta.gr

1.6 Νομοθεσία για την προαγωγή προσφύγων και μεταναστών

1.6.1 Νομοθεσία που σχετίζεται με το μεταναστευτικό

Τα πάντα σε μια χώρα θεσπίζονται από την νομοθεσία η οποία επιδιώκει την ομαλή λειτουργία του συνόλου. Οι νόμοι αυτοί συντάσσονται από το κοινοβούλιο του κάθε κράτους της εκάστοτε χώρας και βασίζονται σε βασικές αρχές της Ευρωπαϊκής Ένωσης από τη στιγμή που η συγκεκριμένη χώρα είναι και αποτελεί μέλος της. Οι διατάξεις αυτές με το πέρασμα του χρόνου και τις ανάγκες που προκύπτουν είναι εφικτό να αναδιαμορφωθούν από τον αντίστοιχο υπουργό ή φορέα. Το προσφυγικό αποτελεί ένα θέμα γύρω από το οποίο έχουν θεσπιστεί αρκετοί οργανισμοί και έχουν ιδρυθεί πολλοί μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί για την προστασία αυτών. Το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα, η οποία αποτελεί τμήμα διέλευσης σημαντικού αριθμού μεταναστών και προσφύγων οδήγησε στη θέσπιση νόμων σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή ένωση και οι σημαντικότεροι εξ' αυτών είναι οι ακόλουθοι:

- **Νόμος 1975/1991** με τίτλο Είσοδος, έξοδος, παραμονή, εργασία, απέλαση αλλοδαπών, διαδικασία αναγνώρισης προσφύγων και άλλες διατάξεις. Έως τότε υπήρχε μόνο ο νόμος 4310/1929 ο οποίος κρίθηκε ανεπαρκής διότι μέχρι εκείνη την στιγμή προσδιόριζε το ζητήματα των προσφύγων από τη Μικρά Ασία. Ο νέος νόμος 1975/1991 περιγράφει τις προϋποθέσεις εισόδου και παραμονής μεταναστών στην Ελλάδα αλλά και την απέλαση όσων ήταν χωρίς νομικές διατυπώσεις. Η ποινή φυλάκισης έως πέντε χρόνια προβλέπεται με τον νόμο αυτό σε όποιον εισέρχεται παράνομα στην Ελλάδα (Βρέλλης, 1999).
- **Νόμος 2910/2001** με τίτλο Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην Ελληνική Επικράτεια. Κτήση της ιθαγένειας με πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις. Παρόλο που ο νόμος 1975/1991 διακρίνεται από αυστηρότητα, αυξήθηκε η παράνομη εισροή

μεταναστών και προέκυψε η ανάγκη για αντιμετώπιση του ζητήματος, αναγνωρίζοντας ότι οι μετανάστες συντελούν στην οικονομία και στην κοινωνία. Ο νέος νόμος μετέφερε την μεταναστευτική πολιτική από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης στο Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης. Ταυτόχρονα περιορίστηκε από 15 σε 2 έτη ο απαιτούμενος χρόνος διαμονής του μετανάστη για το δικαίωμα στην οικογενειακή επανένωση. Οι ανήλικοι μετανάστες απέκτησαν δικαίωμα στην υποχρεωτική εκπαίδευση και κατοχυρώθηκε η πρόσβαση των μεταναστών στο σύστημα δικαιοσύνης και κοινωνικής προστασίας. Ακόμα ο νόμος προσδιόριζε και την πολιτογράφηση.

(https://www.travelsafe.gr/N2910_GR.pdf)

- **Νόμος 3386/2005** με τίτλο Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική επικράτεια, ο οποίος αναφέρεται ως βασικό νομοθέτημα της ελληνικής μεταναστευτικής πολιτικής. Με τον νέο νόμο περιορίστηκε η γραφειοκρατία, ενοποιώντας την άδεια εργασίας και διαμονής μεταναστών σε ένα έγγραφο, πραγματοποιήθηκε νομιμοποίησης παράτυπων μεταναστών και ενσωματώθηκε η κοινοτική οδηγία 2003/86 για την οικογενειακή επανένωση των μεταναστών. Ακόμα ενσωματώθηκε η κοινοτική οδηγία 2003/109 για το καθεστώς του επί μακρόν διαμένοντος αλλοδαπού με ολοκλήρωση πενταετούς διαμονής στην Ελλάδα και γνώση της ελληνικής γλώσσας, πολιτισμού και ιστορίας. Ταυτόχρονα προβλέπονται ποινικές, οικονομικές και διοικητικές κυρώσεις στο σύνολο των όσων προσφέρουν υπηρεσίες σε παράνομους μετανάστες/υπηκόους τρίτων χωρών.
- **Νόμος 3386/2007** με τίτλο Ειδικές ρυθμίσεις ζητημάτων μεταναστευτικής πολιτικής και λοιπών θυμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης. Με τον νόμο αυτό διευκολύνονται οι μετανάστες στην εξαγορά του 20% των ενσήμων που είναι αναγκαίο να συμπληρώσουν για να ανανεώσουν την άδεια παραμονής τους. Ακόμα οι γονείς μεταναστών έχουν τη δυνατότητα να νομιμοποιούνται όταν τα παιδιά τους φοιτούν στην πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια εκπαίδευση.
- **Νόμος 3838/2010** με τις προϋποθέσεις απόκτησης ελληνικής ιθαγένειας. Τροποποιείται ο Κώδικας ελληνικής ιθαγένειας ο οποίος στηριζόταν στην αρχή του δίκαιου του αίματος. Με τον νέο νόμο τα παιδιά μεταναστών αποκτούν την ελληνική ιθαγένεια, με τη γέννησή τους στην Ελλάδα, με προϋπόθεση ότι οι δύο γονείς διαμένουν στην Ελλάδα μόνιμα και νόμιμα για πέντε συνεχόμενα έτη. Ακόμα τα παιδιά μεταναστών, τα οποία έχουν παρακολουθήσει τουλάχιστον έξι έτη ελληνικού σχολείου και κατοικούν μόνιμα και νόμιμα στη χώρα, έχουν δικαίωμα στην ελληνική ιθαγένεια. Οι αλλοδαποί οι οποίοι επιθυμούν να λογίζονται ως Έλληνες είναι αναγκαίο να διανέμουν νόμιμα για επτά συνεχόμενα έτη, να έχουν λευκό ποινικό μητρώο, γνώση ελληνικών, ομαλή ένταξη στην οικονομική και κοινωνική ζωή αλλά και εξοικείωση με τους θεσμούς του πολιτεύματος.

1.6.2 Πλαίσιο Ευρωπαϊκής Ένωσης που αφορά τη μετανάστευση

Οι σημαντικότερες πτυχές του κανονιστικού πλαισίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) για την μετανάστευση είναι ακόλουθες:

- **Συνθήκη Άμστερνταμ (1999):** Τέθηκε σε ισχύ το 1999, θέτοντας σε εφαρμογή την Ε.Ε. πολιτικές που σχετίζονται με τον έλεγχο των εξωτερικών συνόρων, το άσυλο, τα δικαιώματα υπηκόων τρίτων χωρών και τη μεταχείριση των μεταναστευτικών.
- **Συμβούλιο Τάμπερε(1999):** Αποφασίστηκε η συνεργασία με τις χώρες προέλευσης των μεταναστών, κοινό ευρωπαϊκό σύστημα ασύλου, δίκαιη μεταχείριση υπηκόων τρίτων χωρών και πλαίσιο νόμιμης μετανάστευσης αλλά και λήψη που αφορά την παράνομη.
- **Συμβούλιο Λάακεν (2001):** Διαπιστώθηκε ότι οι στόχοι του Τάμπερε δεν υλοποιήθηκαν και πάρθηκαν αποφάσεις στο πλαίσιο της ενίσχυσης της συνεργασίας συνεργασία των χωρών για το μεταναστευτικό ζήτημα.
- **Συμβούλιο Σεβίλλης (2002):** Συζητήθηκαν τα προγράμματα επαναπατρισμού/επανεισδοχής παράνομων μεταναστών αλλά και αυτό του ελέγχου των συνόρων.
- **Συμβούλιο Θεσσαλονίκης (2003):** Πρόταση δημιουργίας της ευρωπαϊκής δύναμης FRONTEX (ειδική δύναμη φύλαξης των εξωτερικών συνόρων της Ε.Ε.) (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2008).
- **Συμβούλιο Βρυξελλών (2003):** Πρόγραμμα Χάγης 2005-2010 με τις εξής προτεραιότητες: α) διευκόλυνση νόμιμης μετανάστευσης, καταπολέμησης της "μαύρης εργασίας" και έλεγχο της παράνομης μετανάστευσης, β) η μεταναστευτική πολιτική αποτελεί ατζέντα των εξωτερικών υποθέσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, γ) ενσωμάτωση μεταναστών και δ) κοινό σύστημα απόδοσης ασύλου για την Ε.Ε.
- **Συμβούλιο Βρυξελλών (2005):** Σφαιρική αντιμετώπιση μετανάστευσης με συνεργασία χωρών προέλευσης, διέλευσης και προορισμού.
- **Συμβούλιο Βρυξελλών (2007):** Ίδρυση Ευρωπαϊκού Ταμείου Ένταξης υπηκόων τρίτων χωρών για το χρονικό διάστημα από 2007-2013 (Ευρωπαϊκή Επιτροπή,2008).
- **Συμβούλιο Βρυξελλών (2008):** Έγκριση του Ευρωπαϊκού Συμφώνου για την Μετανάστευση και το Άσυλο: α) οργάνωση της νόμιμης μετανάστευσης βάσει των δυνατοτήτων για το κάθε κράτος μέλος (σε επίπεδο αγοράς εργασίας, στέγασης και κοινωνικών υπηρεσιών κ.α.) και ενθάρρυνση για ενσωμάτωσης, β) καταπολέμηση παράνομης μετανάστευσης - επαναπατρισμός, γ) ενίσχυση φύλαξης συνόρων και δ) συγκρότηση της Ευρώπης ως προορισμός ασύλου.
- **Συμβούλιο Βρυξελλών (2009):** Ψήφιση του Προγράμματος της Στοκχόλμης (2010-2014): α) μηχανισμός αξιολόγησης συμφωνιών επανεισδοχής, β) συμφωνίες επανεισδοχής με χώρες όπως αυτές του Αφγανιστάν και του Ιράκ, γ) χρηματοδότηση για υποδομές σε τρίτες χώρες με στόχο τη διαχείριση της παράνομης μετανάστευσης και δ) διάλογος με τρίτες χώρες για αποφυγή των ανθρωπιστικών τραγωδιών της παράνομης μετανάστευσης κυρίως λόγω των μεθόδων μετανάστευσης που ακολουθούνται (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2008).

1.6.3 Δουβλίνο II

Ο κανονισμός Δουβλίνο II (ή Κανονισμός 343/2003) είναι νομικό κείμενο που θεσπίστηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση και προσδιορίζει τη χώρα η οποία θα είναι υπεύθυνη

για να παράσχει άσυλο στον αιτούντα πρόσφυγα. Σύμφωνα με τον Κανονισμό Δουβλίνο II, ο μετανάστης έχει δικαίωμα να ζητήσει άσυλο στην ευρωπαϊκή χώρα στην οποία θα εισέλθει την πρώτη φορά. Μετανάστες οι οποίοι εισέρχονται στην Ελλάδα και στην συνέχεια μεταβαίνουν σε άλλη χώρα για να ζητήσουν άσυλο θα είναι αναγκαίο, σύμφωνα με τον κανονισμό Δουβλίνο II, να επιστρέφονται πίσω στην Ελλάδα (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2003). Λόγω της κακής κατάστασης της εφαρμογής του ασύλου στην Ελλάδα ο κανονισμός αυτό το 2010-2011 βρισκόταν άτυπα σε επανεξέταση και προτάθηκε προσωρινή αναστολή χρονικό διάστημα έξι μηνών όταν κάποιο ενδιαφερόμενο μέλος αντιμετωπίζει ιδιαίτερα επείγουσες καταστάσεις, οι οποίες επιβαρύνουν στο «έπακρο τις ικανότητες υποδοχής». Τον Απρίλιο 2011, μετά από έκθεση της Γαλλίδας Σοσιαλίστριας Ευρωβουλευτού Σιλβί Γκιγιόμ, ψηφίστηκε από την Ολομέλεια του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου οδηγία η οποία συνιστά στα κράτη μέλη να μην εφαρμόζουν την αρχή της επαναπροώθησης των αιτούντων άσυλο στην πρώτη χώρα εισόδου στην Ευρώπη.

Στις 21 Δεκεμβρίου 2011 το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο αποφάνθηκε ότι κινδυνεύουν τα ανθρώπινα δικαιώματα των μεταναστών που επιστρέφουν στην Ελλάδα μέσω του Κανονισμού Δουβλίνο II. Η απόφαση του δικαστηρίου χαρακτηρίστηκε καταργεί το Δουβλίνο II. (Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής, 2011).

1.6.4 Εφαρμογή του Δουβλίνου II στην Ελλάδα

Τον Μάρτιο 2011 τα αιτήματα ασύλου που εκκρεμούν στην Ελλάδα υπολογίζονται κοντά στις 45.000. Λόγω της χειρίστης λειτουργίας του συστήματος αιτήσεων και παροχής ασύλου στην Ελλάδα, η Γερμανία το 2010 έλαβε την απόφαση για ένα έτος να θέσει σε αναστολή την εφαρμογή του κανονισμού Δουβλίνο II, απόφαση την οποία έλαβαν και εφάρμοσαν επίσης η Σουηδία, η Μ. Βρετανία, η Ισλανδία, η Νορβηγία, η Αυστρία, η Φινλανδία και η Δανία. Σύμφωνα με τη μη κυβερνητική οργάνωση ECRE (European Council on Refugees and Exiles) η πιθανότητα μετανάστης να αναγνωριστεί στην Ελλάδα ως πρόσφυγας, αν καταφέρει και αιτηθεί άσυλο να είναι πολύ μικρή. Σύμφωνα με στοιχεία της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες, το έτος 2009 ένας μετανάστης διέθετε περιορισμένες πιθανότητες να αναγνωριστεί ως πρόσφυγας στην Ελλάδα σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες (Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής, 2011). Με βάση στοιχεία της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας (Eurostat) η Ελλάδα μαζί με την Δανία και την Ολλανδία κατατάσσεται σε έκτη θέση στις ευρωπαϊκές χώρες σε σχέση με τις αιτήσεις ασύλου συγκριτικά με τον πληθυσμό τους, η Κύπρος κατατάσσεται πρώτη με 3.600 αιτήσεις ανά εκατομμύριο κατοίκων και ακολουθούν η Σουηδία, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο και η Αυστρία.

Σε απόλυτους αριθμούς το 2010 η Γαλλία έλαβε το μεγαλύτερο ποσοστό αιτήσεων για άσυλο (51.600 αιτήσεις) ενώ η Ελλάδα το 2010 δέχτηκε πάνω από 10.000 αιτήσεις ασύλου. Στις 21 Ιανουαρίου 2011 το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων εξέδωσε καταδικαστική απόφαση για τη στάση του Βελγίου και της Ελλάδας, με αφορμή την επιστροφή ενός Αφγανού μετανάστη από το Βέλγιο στην Ελλάδα (<http://www.cna.gr/world/lei-sinthiki-douvli-no-giametanastefiko/>).

Ο Kathelijne Houben από τη Vluchtelingenwerk Vlaanderen υποστηρίζει ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση είναι αναγκαίο να υποστηρίξει την Ελλάδα σε νομοθετικές μεταρρυθμίσεις του συστήματος ασύλου. Το 2011 θεσπίστηκε ο ελληνικός νόμος 3907/2011 «Ίδρυση Υπηρεσίας Ασύλου και Υπηρεσίας Πρώτης Υποδοχής, προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2008/115/EK" που σχετίζεται με τους κοινούς κανόνες και διαδικασίες στα κράτη - μέλη για την επιστροφή των παρανόμως διαμενόντων υπηκόων τρίτων χωρών και λοιπές διατάξεις για την αναδιάρθρωση των κρατικών αρμοδιοτήτων που σχετίζονται με την απονομή ασύλου. Με τον νόμο αυτό προσδιορίζεται η εθελούσια επιστροφή του μετανάστη και αναφέρονται οι τεχνικοί λόγοι για τους οποίους αυτό δεν είναι αναγκαίο να εφαρμοστεί, όπως σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει συνεργασία με τις πρεσβείες ή εξαιτίας κακών πολιτειακών συνθηκών στις χώρες των μεταναστών κλπ. Από την Ελλάδα έχει γίνει πρόταση για την ανακατανομή και μετεγκατάσταση των μεταναστών χωρίς ταξιδιωτικά έγγραφα, με δίκαιη αναλογία, στο σύνολο των κρατών μελών μέλη της Ευρώπης (<http://www.cna.gr/world/lei-sinthiki-douvlino-gia-metanastefiko/>).

Σύμφωνα με καταγγελτική αναφορά οργανώσεων που έχουν ενασχόληση με το μεταναστευτικό ζήτημα, η Ελλάδα δεν τηρεί τις υποχρεώσεις της σε σχέση με την πρόσβαση των αλλοδαπών στη διαδικασία χορήγησης ασύλου, καθώς η Διεύθυνση Αλλοδαπών Αττικής δέχεται μόνο 20 αιτήσεις χορήγησης ασύλου κάθε Σάββατο. Από το 1991 έχει τεθεί σε εφαρμογή η Συμφωνία Σένγκεν και η Ευρωπαϊκή Ένωση από την στιγμή εκείνη διαθέτει ενιαία σύνορα. Το 2004 δημιουργήθηκε η FRONTEX (Ευρωπαϊκή δύναμη φύλαξης των συνόρων), με στόχο τον περιορισμό της μετανάστευσης (<http://www.cna.gr/world/lei-sinthiki-douvlino-gia-metanastefiko/>).

1.7 Άσυλο

Οι πρόσφυγες είναι μετανάστες που υποχρεώνονται να εγκαταλείψουν την χώρα ώστε να διαφύγουν τον κίνδυνο που αντιμετωπίζουν στη χώρα που διαμένουν. Αναγκάζονται να καταφύγουν σε μια άλλη χώρα, συνήθως παράτυπα και χωρίς να διαθέτουν ταξιδιωτικά έγγραφα, με σκοπό να ζητήσουν άσυλο. Ο προσδιορισμός του μετανάστη ως πρόσφυγα πραγματοποιείται από το Υπουργείο Εσωτερικών της Ελλάδος μέσω της Επιτροπής Ασύλου (Ο.Κ.Ε., 2015).

Η αίτηση για άσυλο πραγματοποιείται από τον ίδιο τον μετανάστη ενώπιον των αστυνομικών αρχών ή τα τμήματα Διεύθυνσης Αλλοδαπών στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη. Η εξέταση του ασύλου γίνεται με προσωπική συνέντευξη από εξειδικευμένο αστυνομικό και διερμηνέα. Ο αιτών άσυλο μπορεί κατά την διαδικασία συνέντευξης να προσέλθει με τον δικηγόρο του εάν το επιθυμεί. Από τη στιγμή που ένας μετανάστης αιτείται άσυλο δεν υπάρχει η δυνατότητα από το κράτος να το απελάσει. Υπεύθυνο για την στέγαση των αιτούντων ασύλου στην Ελλάδα είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ο αιτών άσυλο μετανάστης για να λάβει στέγαση πρέπει να κάνει αίτηση στα Κέντρα Υποδοχής.

Τα παιδιά των αιτούντων άσυλο έχουν πρόσβαση στο σύνολο των εκπαιδευτικών βαθμίδων των δημόσιων σχολείων, ακόμη και με ελλιπή δικαιολογητικά. Τον Αύγουστο του 2010, η Ελλάδα κατέθεσε στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή ένα Εθνικό

Σχέδιο Δράσης για το Άσυλο και τη Διαχείριση των Μεταναστευτικών Ροών, το οποίο επικυροποίησε τον Ιανουάριο του 2013.

Σε αυτό το πλαίσιο, το Νοέμβριο του 2010, υιοθετήθηκε το Προεδρικό Διάταγμα (ΠΔ) 114/2010 (ΕΝ), με το οποίο τέθηκε υπό ρύθμιση η μεταβατική διαδικασία ασύλου στην Ελλάδα. Το ΠΔ 114/2010 αντικατέστησε το παλαιότερο ΠΔ 90/2008 και κατήργησε το ΠΔ 81/2009 που λάβει αρνητικά σχόλια τόσο από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή όσο και από την Ύπατη Αρμοστεία και άλλους ευρωπαϊκούς φορείς, όσον αφορά τη συμφωνία του με τα διεθνή και ευρωπαϊκά πρότυπα. Η Ύπατη Αρμοστεία είχε αποφασίσει να μη συμμετέχει στα γνωμοδοτικά όργανα στη διαδικασία του ασύλου, όπως αυτά είχαν θεσπισθεί με το ΠΔ 81/2009 (Ο.Κ.Ε., 2015).

Ο Νόμος ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4375 Οργάνωση και λειτουργία Υπηρεσίας Ασύλου, Αρχής Προσφυγών, Υπηρεσίας Υποδοχής και Ταυτοποίησης σύσταση Γενικής Γραμματείας Υποδοχής, προσαρμογή της Ελληνικής Νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2013/32/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου «σχετικά με τις κοινές διαδικασίες για τη χορήγηση και ανάκληση του καθεστώτος διεθνούς προστασίας (αναδιατύπωση)» (L180/29.6.2013), διατάξεις για την εργασία δικαιούχων διεθνούς προστασίας και άλλες διατάξεις . Περιγράφει στο Άρθρο 48 που αναφέρεται στην Ύπατη Αρμοστεία ότι ο ρόλος της ορίζεται ως εξής :(Νόμος 4375, 2016):

1. Οι αποφάσεις που παίρνονται επί των αιτήσεων διεθνούς προστασίας σε πρώτο και δεύτερο βαθμό, καθώς και οι αποφάσεις με τις οποίες ανακαλούνται το καθεστώς του πρόσφυγα ή του δικαιούχου επικουρικής προστασίας, είναι αναγκαίο να κοινοποιούνται στο Γραφείο της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες στην Ελλάδα, εφόσον ο αιτών διεθνής προστασίας ή δικαιούχος συναινεί στην κοινοποίηση. (Νόμος 4375, 2016).

2. Η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες:

α. Διαθέτει τη δυνατότητα να εκφέρει άποψη ή να παρέχει συμπληρωματικές πληροφορίες στις αρμόδιες Αρχές Παραλαβής.

β. Διαθέτει πρόσβαση σε στοιχεία και δεδομένα στις πληροφορίες για τις ατομικές αιτήσεις διεθνούς προστασίας, για την πρόοδο της διαδικασίας και τις αποφάσεις που παίρνονται, υπό την προϋπόθεση ότι ο αιτών συμφωνεί σχετικά.

γ. Έχει πρόσβαση, δια των εκπροσώπων της, στις περιφερειακές υπηρεσίες της Υπηρεσίας Υποδοχής και Ταυτοποίησης, σε χώρους κράτησης και σωφρονιστικά ιδρύματα, ακόμα και σε ζώνες διέλευσης αερολιμένων ή λιμένων, όπου είναι υπό κράτηση ή διαμένουν αιτούντες ή χρήζοντες διεθνούς προστασίας. Για τη διασφάλιση του απορρήτου της επικοινωνίας των αιτούντων με τους ανωτέρω εκπροσώπους, προσφέρεται ο κατάλληλος χώρος από την αρμόδια αρχή που λαμβάνει την αίτηση ή στην οποία κρατούνται οι αιτούντες. Την ανωτέρω δυνατότητα πρόσβασης έχουν και οργανώσεις οι οποίες, με βάση ειδική συμφωνία, ενεργούν για λογαριασμό της Ύπατης Αρμοστείας του Ο.Η.Ε. για τους Πρόσφυγες στην Ελλάδα. (Νόμος 4375, 2016)

δ. Παρουσιάζει τις απόψεις της κατά την άσκηση των δράσεων της, βάσει του άρθρου 35 της Σύμβασης της Γενεύης, ενώπιον των αρμοδίων αρχών, σε ότι αφορά τις αιτήσεις διεθνούς προστασίας σε οποιοδήποτε στάδιο της διαδικασίας.

3. Στην Έπατη Αρμοστέία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες προσφέρονται τα στατιστικά δεδομένα που επιτρέπουν την αποτελεσματική υλοποίηση του έργου της, κατά τα οριζόμενα στην παράγραφο 2 του άρθρου 35 της Σύμβασης της Γενεύης.

4. Στο πλαίσιο της λειτουργίας της Υπηρεσίας Ασύλου η Έπατη Αρμοστέία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες δύναται να παρακολουθεί συνεντεύξεις αιτούντων διεθνής προστασία, να υποβάλλει γνωμοδοτήσεις προκειμένου να συνδράμει την Υπηρεσία Ασύλου στην άσκηση της αρμοδιότητάς της και να παρακολουθεί την ποιότητα της διαδικασίας ασύλου σε πρώτο και δεύτερο διοικητικό βαθμό εξέτασης. Λεπτομέρειες της ως άνω συνεργασίας και συνδρομής ρυθμίζονται με Μνημόνια Συνεργασίας που συνάπτει ο Διευθυντής της Υπηρεσίας Ασύλου με την Έπατη Αρμοστέία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες. (Νόμος 4375, 2016)

1.8 Έπατη Αρμοστέία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες

Η Έπατη Αρμοστέία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες (Υ.Α.) προσφέρει προστασία και βοήθεια στους πρόσφυγες σε όλο τον κόσμο. Εδρεύει στη Γενεύη της Ελβετίας, ο οργανισμός υλοποιήθηκε από τη Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ και άρχισε να λειτουργεί το 1951, συμβάλλοντας αρχικά περισσότερους από ένα εκατομμύριο Ευρωπαίους πρόσφυγες που προέκυψαν από τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. (Υ.Α., 2018) Τις επόμενες δεκαετίες παρόλα αυτά, καθώς αυξανόταν συνεχώς ο αριθμός των ξεριζωμένων ανθρώπων παγκοσμίως, η λειτουργία της Υ.Α. παρατάθηκε για άλλα πέντε χρόνια. Το Δεκέμβριο του 2003, η Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ αποφάσισε να άρει τον χρονικό περιορισμό στη λειτουργία της. Σήμερα, η Έπατη Αρμοστέία διαθέτει 7.190 άτομα προσωπικό σε περισσότερες από 120 χώρες και προσφέρει βοήθεια 36,4 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως. (Υ.Α., 2018). Στα άτομα που υπάγονται στην εντολή της Υ.Α. δεν περιλαμβάνονται μόνο πρόσφυγες αλλά και ομάδες ανθρώπων, όπως αιτούντες άσυλο, επαναπατριζόμενοι πρόσφυγες, ανιθαγενείς και άτομα εκτοπισμένα μέσα στις ίδιες τους τις χώρες, που διαθέτουν επίσημα αναγνωριστεί ως εσωτερικά εκτοπισμένοι πληθυσμοί. Από την ίδρυσή της έως σήμερα, η Υ.Α. έχει συμβάλει πάνω από 50 εκατομμύρια ανθρώπους να ξαναρχίσουν επιτυχώς τη ζωή τους, κι έχει τιμηθεί δύο φορές με το Νόμπελ Ειρήνης, το 1954 και το 1981. Η Σύμβαση του Ο.Η.Ε για τους Πρόσφυγες(1951) καθώς και το ιδρυτικό κείμενο της Υ.Α. ορίζει τους πρόσφυγες ως ανθρώπους" που έχουν τραπεί σε φυγή από τη χώρα τους λόγω δικαιολογημένου φόβο δίωξης για λόγους φυλετικούς, θρησκευτικούς, εθνικής καταγωγής, πολιτικών πεποιθήσεων ή συμμετοχής σε ιδιαίτερη κοινωνική ομάδα, οι οποίοι δεν μπορούν ή δεν επιθυμούν να επιστρέψουν στην πατρίδα τους". (Υ.Α., 2018) Περιφερειακά κείμενα όπως η Σύμβαση του Οργανισμού Αφρικανικής Ενότητας για τους Πρόσφυγες(1969) και η Διακήρυξη της Καρταχένα στη Λατινική Αμερική(1984) διέυρναν αυτόν τον ορισμό ώστε να περιλαμβάνει και ανθρώπους που έχουν τραπεί σε φυγή λόγω πολέμου ή ένοπλης σύρραξης. Η βασικότερη αρμοδιότητα της Υ.Α., γνωστή ως "διεθνής προστασία", είναι να εξασφαλίσει το σεβασμό των θεμελιωδών δικαιωμάτων των προσφύγων, συμπεριλαμβάνει της δυνατότητάς τους να αιτούνται άσυλο, και το δικαίωμά τους να μην επιστρέφονται χωρίς τη θέλησή τους σε χώρα όπου έχουν λόγους να φοβούνται διώξεις ακόμα και για την ζωή τους (Υ.Α., 2018).

Ο οργανισμός προάγει τις διεθνείς συμφωνίες για τους πρόσφυγες, παρακολουθεί τη συμμόρφωση των κυβερνήσεων με το διεθνές δίκαιο και προσφέρει υλική βοήθεια όπως τροφή, νερό, στέγη και ιατρική περίθαλψη σε κατατρεγμένους αμάχους. Η Υ.Α. αναζητά, ακόμα, μία από τις τρεις μόνιμες λύσεις για τους πρόσφυγες. Ο εθελοντικός επαναπατρισμός είναι η προτιμότερη λύση για τους περισσότερους πρόσφυγες του κόσμου. Παρόλα αυτά, αυτό δεν είναι πάντα εφικτό, και σε ανάλογες περιπτώσεις, η Υ.Α. συμβάλει τους ανθρώπους να ξαναχτίσουν τη ζωή τους κάπου αλλού είτε σε χώρες όπου αναζήτησαν αρχικά άσυλο, είτε σε τρίτες χώρες που είναι διατεθειμένες να τους φιλοξενήσουν. Κατά καιρούς, ο Γενικός Γραμματέας του ΟΗΕ έχει ζητήσει από την Υ.Α. να προσφέρει βοήθεια σε ομάδες εκτοπισμένων στο εσωτερικό της χώρας των ανθρώπων, ο αριθμός των οποίων έχει διογκωθεί δραματικά μετά τη λήξη του Ψυχρού Πολέμου, εξαιτίας της αύξησης του αριθμού των εθνικών και εμφύλιων συγκρούσεων ανά τον κόσμο. Οι άνθρωποι αυτοί δεν έχουν διασχίσει διεθνή σύνορα και συνεπώς δεν προστατεύονται από τις ίδιες διεθνείς συμβάσεις που καλύπτουν τους πρόσφυγες.

Ωστόσο, η κατάστασή τους είναι αρκετά κοντά με αυτή των προσφύγων και μια συντονισμένη επιχείρηση συμβάλει να είναι πιο λογική και ενδεδειγμένη λύση, ειδικά σε περιπτώσεις επαναπατρισμού, όπου οι εκτοπισμένοι στο εσωτερικό της χώρας πληθυσμοί βρίσκονται συχνά στις ίδιες περιοχές με τους επαναπατριζόμενους πρόσφυγες και έχουν λίγο-πολύ παρόμοιες ανάγκες. Στα τέλη του 2009, ο αριθμός των εσωτερικά εκτοπισμένων παγκοσμίως φτάνουν περίπου 27 εκατομμύρια. Η Ύπατη Αρμοστεία συμβάλει περίπου 15,6 από αυτούς σε 22 χώρες, συμπεριλαμβανομένων των τριών χωρών (Σουδάν, Κολόμβια, Ιράκ) με τον σημαντικό αριθμό εσωτερικά εκτοπισμένων. Εκατομμύρια άλλοι άμαχοι που ξεριζώνονται από τις εστίες τους λόγω φυσικών καταστροφών εμπίπτουν ακόμα στην κατηγορία των εσωτερικά εκτοπισμένων. (Υ.Α., 2018) Η Ύπατη Αρμοστεία αναλαμβάνει δράση για αυτούς τους ανθρώπους σε εξαιρετικές περιπτώσεις, όπως με το τσουνάμι στον Ινδικό Ωκεανό το 2004, το σεισμό του 2005 και τις πλημμύρες το 2010 στο Πακιστάν και τον κυκλώνα Ναργκίς το 2008 στη Μιανμάρ. Τα προγράμματα της Υ.Α. χρηματοδοτούνται από εθελοντικές εισφορές, κυρίως των κυβερνήσεων, αλλά και άλλων φορέων, όπως ιδιωτών και άλλων οργανισμών. Λαμβάνει ακόμα χρηματοδότηση από τον τακτικό προϋπολογισμό του ΟΗΕ μια μικρή εισφορά για την κάλυψη μέρους των διοικητικών της εξόδων. (Υ.Α., 2018)



Εικόνα 3 ΠΗΓΗ apopsi-tora.gr

1.9 Διεθνής οργανισμός μετανάστευσης (ΔΟΜ)

Ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης είναι προσηλωμένος στην αρχή ότι οι ανθρώπινες και ομαλές συνθήκες μετανάστευσης ωφελούν τους μετανάστες και την κοινωνία. Ως ο μεγαλύτερος διεθνής οργανισμός για τη μετανάστευση, ο ΔΟΜ ενεργεί με τους εταίρους του στη διεθνή κοινότητα με γνώμονα την ασφάλεια και την Αξιοπρέπεια των μεταναστών για: (ΔΟΜ, 2018)

- Την αντιμετώπιση των διογκωμένων λειτουργικών προκλήσεων για την διαχείριση της μετανάστευσης.
- Την έγκαιρη κατανόηση των ζητημάτων της μετανάστευσης.
- Την ενθάρρυνση της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης μέσω της μετανάστευσης. Η στρατηγική του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης (ΔΟΜ) προσδιορίζετε κατά κύριο λόγο ως ακολούθως: (ΔΟΜ, 2018)

1. Η πρόσφορα ασφαλών, αξιόπιστων, ευέλικτων και οικονομικά αποδοτικών υπηρεσιών για τα άτομα που έχουν ανάγκη τη διεθνή βοήθεια μετανάστευσης.
2. Η ενίσχυση της ορθής και αποτελεσματικότερης διαχείρισης της μετανάστευσης μέσα από πρακτικές που σέβονται τα ανθρώπινα δικαιώματα των μεταναστών, σύμφωνα με το διεθνές δίκαιο.
3. Η προσφορά εξειδικευμένων συμβουλών, έρευνας, τεχνικής συνεργασίας και επιχειρησιακής βοήθειας στα μέλη, τις κυβερνητικές και μη κυβερνητικές Οργανώσεις και στα άλλα μέλη που σχετίζονται με το ζήτημα, με στόχο να δημιουργηθούν εθνικές δυνατότητες για τη διευκόλυνση της διεθνούς, περιφερειακής και διμερούς συνεργασίας σε ζήτημα μετανάστευσης.
4. Η συμβολή στην οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη των εταίρων μέσω της έρευνας, του διαλόγου, της διαμόρφωσης και της υλοποίησης προγραμμάτων που συνδέονται με τη μετανάστευση με στόχο την μεγέθυνση των ωφελειών αυτής. (ΔΟΜ, 2018).
5. Η υποστήριξη των κρατών και των κοινοτήτων των μεταναστών στην αντιμετώπιση των προκλήσεων της παράνομης μετανάστευσης, ώστε μέσω της έρευνας και της ανάλυσης των αιτίων, να προαχθεί η ανταλλαγή πληροφοριών και η διάδοση των καλύτερων πρακτικών, με σκοπό τη διευκόλυνση και την ανάπτυξη εστιασμένων λύσεων.
6. Η διαμόρφωση βασικού σημείου αναφοράς για πληροφορίες, έρευνα, βέλτιστες πρακτικές, συλλογή δεδομένων, συμβατές για κοινή χρήση.
7. Η προώθηση, η διευκόλυνση και η ενίσχυση της περιφερειακής και Παγκόσμιας συζήτησης σε σχέση με το ζήτημα της μετανάστευσης, μεταξύ όλων μέσω του Διεθνούς Διαλόγου, έτσι, ώστε να προάγετε η κατανόηση των ευκαιριών και των προκλήσεων που εμφανίζονται, η αναγνώριση και η ανάπτυξη αποτελεσματικών πολιτικών για την αντιμετώπιση των προκλήσεων αυτών και ο εντοπισμός ολοκληρωμένων προσεγγίσεων και μέτρων για την Προώθηση της διεθνούς συνεργασίας (ΔΟΜ, 2018).
8. Η υποστήριξη των κρατών ώστε να συνεισφέρουν στην ένταξη των μεταναστών στο νέο τους περιβάλλον και να λαμβάνουν μέρος ως εταίροι στην ανάπτυξη.

9. Η συμμετοχή με συντονισμένες παρεμβάσεις σε ανθρωπιστικές ανάγκες στο πλαίσιο των συμφωνιών ανάμεσα στους φορείς στον τομέα αυτό και η προσφορά υπηρεσιών σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης ή προστασίας μετά την κρίση.

10. Η ανάληψη προγραμμάτων, τα οποία συντελούν στον εθελοντικό επαναπατρισμό και την επανένταξη των προσφύγων, των εκδιωχθέντων ατόμων, των μεταναστών και άλλων ατόμων που χρήζουν υπηρεσιών μετανάστευσης, σε συνεργασία με άλλους αρμόδιους διεθνείς οργανισμούς, κατά περίπτωση, και λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες και τις ανησυχίες των τοπικών κοινωνιών.

11. Η βοήθεια των κρατών μελών για την ανάπτυξη και την υλοποίηση προγραμμάτων, μελετών με τεχνική υποδομή στην καταπολέμηση της λαθραίας και παράνομης διακίνησης των μεταναστών, και κυρίως γυναικών και παιδιών, στο πλαίσιο που εναρμονίζονται με το διεθνές δίκαιο.

12. Η υποστήριξη των προσπαθειών των κρατών στον τομέα της μετανάστευσης εργατικού δυναμικού, ιδίως για περιορισμένο χρονικό διάστημα, και άλλα είδη της κυκλικής μετανάστευσης(ΔΟΜ, 2018).

Η Ελλάδα αποτελεί ιδρυτικό μέλος του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης και το Γραφείο του Οργανισμού λειτουργεί στη χώρα βάσει Σύμβασης που έχει υπογραφεί στις 17 Απριλίου 1952 ανάμεσα στην Ελληνική Κυβέρνηση και του Δ.Ο.Μ. (τότε Δ.Ε.Μ.Ε.). Η εν λόγω Σύμβαση προσδιορίζει το πλαίσιο των αρμοδιοτήτων του Οργανισμού στην Ελλάδα, καθώς και το πλαίσιο συνεργασίας με την Ελληνική Κυβέρνηση. Η Σύμβαση, καθώς και το Καταστατικό του ΔΟΜ στην Ελλάδα έχουν κυρωθεί με Νόμο. (ΔΟΜ, 2018).

Το Γραφείο ξεκίνησε τη δράση του με τη διαχείριση της εθνικής μετανάστευσης, τις δεκαετίες του '50 και έως τα μέσα της δεκαετίας του '70 σε συνεργασία με την Ελληνική Κυβέρνηση. Η Eurostart προσδιορίζει τον αριθμό των ξένων υπηκόων διαβιούντων στην Ελλάδα στους 956.000 εκ των οποίων η συντριπτική πλειοψηφία είναι από Τρίτες Χώρες εκτός ΕΕ και κυρίως από το Αφγανιστάν και το Πακιστάν. Ο Ν.3907/2011 είναι μια προσπάθεια εδραίωσης ενός ρεαλιστικού συστήματος Διαχείρισης της μετανάστευσης, μέσα από την λειτουργία ανεξάρτητων Υπηρεσιών Ασύλου, την ίδρυση των Κέντρων Πρώτης Υποδοχής, και την υιοθέτηση της Ευρωπαϊκής Οδηγίας 2008/115/ΕΚ για την επιστροφή των μεταναστών χωρίς νόμιμα

έγγραφα. Ο ΔΟΜ (ΙΟΜ), σε συνεργασία με την Ελληνική Κυβέρνηση και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή υλοποιεί προγράμματα με σκοπό την επιτυχή κοινωνική και εργασιακή ένταξη των μεταναστών, την καταπολέμηση των φαινομένων ρατσισμού και ξενοφοβίας στην ελληνική κοινωνία, την καταπολέμηση του φαινομένου της εμπορίας ανθρώπων, καθώς και την παροχή δυνατότητας εθελοντικής επιστροφής. (ΔΟΜ, 2018)

1.10 Πρόγραμμα Μεταστέγηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Relocation)

Είναι πρόγραμμα χρηματοδοτούμενο από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Ασύλου, Μετανάστευσης και Ένταξης (ETAME) Μέσω του Προγράμματος Μετεγκατάστασης ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (ΔΟΜ) στην Ελλάδα παρέχει υποστήριξη στην Ελληνική Κυβέρνηση με σκοπό την ασφαλή και αξιοπρεπή μετεγκατάσταση περισσότερων από 65.000 αιτούντων άσυλο σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Relocation, 2018). Ο ΔΟΜ στην Ελλάδα είναι ο βασικός εταίρος στο πρόγραμμα μετεγκατάστασης βάσει των αποφάσεων του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου 2015/1523 και 2015/1601. Το πρόγραμμα μετεγκατάστασης αφορά υπηκόους χωρών για τις οποίες το ποσοστό χορήγησης διεθνούς προστασίας ξεπερνά το 75% βάσει του ευρωπαϊκού μέσου όρου αναγνώρισης όπως αυτός προκύπτει από τα στοιχεία τριμήνου της Eurostat και συνεπώς είναι πολύ πιθανό να έχουν ανάγκη διεθνούς προστασίας. Βασική προϋπόθεση για να επωφεληθεί κάποιος του προγράμματος Μετεγκατάστασης είναι να έχει εισέρθει στην Ελλάδα μετά τις 16/09/2015 και μέχρι τις 20/03/2016, ημερομηνία έναρξης εφαρμογής της συμφωνίας ΕΕ– Τουρκίας. Ειδική μέριμνα προσφέρεται στην περίπτωση ασυνόδευτου ανηλίκου που αναζητά άσυλο. Η επιλογή της χώρας μετεγκατάστασης γίνεται με γνώμονα την ασφάλεια και το βέλτιστο συμφέρον του παιδιού (Relocation, 2018). Η διαδικασία μετεγκατάστασης έχει ως εξής οι χώρες-μέλη του Προγράμματος αποστέλλουν στην Ελληνική Υπηρεσία Ασύλου τον αριθμό των αιτούντων άσυλο που είναι διατεθειμένες να υποδεχθούν.

Οι ελληνικές αρχές με τη σειρά τους αποστέλλουν τα ονόματα των υποψηφίων επωφελομένων του προγράμματος. Ο ΔΟΜ διαθέτοντας εξειδικευμένο προσωπικό, αναλαμβάνει την ασφαλή και αξιοπρεπή μεταφορά των δικαιούχων στα κράτη- μέλη της ΕΕ που λαμβάνουν μέρος στο πρόγραμμα (Relocation, 2018).

Η παροχή κατάλληλων στοιχείων κατά τη διάρκεια της διαδικασίας μετεγκατάστασης αποτελεί κεντρική προϋπόθεση για την επιτυχή ολοκλήρωσή της. Προκειμένου να ενταχθεί κάποιος στο πρόγραμμα, είναι αναγκαίο να υποβάλει αίτηση ασύλου στην Υπηρεσία Ασύλου και να ακολουθήσει την προβλεπόμενη διαδικασία δακτυλοσκόπησης. Ο αιτών δεν έχει το δικαίωμα να επιλέξει το κράτος στο οποίο θα μετεγκατασταθεί (Relocation, 2018).

Σε περιπτώσεις οικογενειών, το σύνολο αυτών μετεγκαθίστανται στο ίδιο κράτος για διατήρηση της οικογενειακής ενότητας. Στην συνέχεια εντάσσονται στο πρόγραμμα, οι επωφελούμενοι που ακολουθούν σειρά ιατρικών εξετάσεων από εξειδικευμένο προσωπικό του ΔΟΜ με σκοπό ένα ασφαλές ταξίδι. Μετά την ολοκλήρωση των ιατρικών εξετάσεων ακολουθούν συνεδρίες πολιτισμικού προσανατολισμού, στο πλαίσιο των οποίων προσφέρονται γενικές πληροφορίες για τη χώρα προορισμού και συγκεκριμένες πληροφορίες για θέματα που άπτονται του άμεσου ενδιαφέροντος των επωφελομένων όπως για παράδειγμα η διαμονή τους, η διαδικασία αίτησης ασύλου στη χώρα που θα τους υποδεχθεί, οι υποχρεώσεις και τα δικαιώματά τους, οι παροχές που θα λάβουν στο πλαίσιο της ένταξής τους στην κοινότητα κ.α. (Relocation, 2018).

Λίγα 24ωρα πριν την αναχώρησή τους, οι επωφελούμενοι λαμβάνουν λεπτομερή ενημέρωση και οδηγίες για τα πρακτικά ζητήματα του ταξιδιού τους όπως για παράδειγμα η άφιξη στο αεροδρόμιο, βάρος αποσκευών, επιβίβαση στο αεροπλάνο κ.α., ενώ πραγματοποιείται κι ένας σύντομος τελευταίος ιατρικός έλεγχος που θα τους επιτρέψει ή όχι να ταξιδέψουν. Κατά την αναχώρηση των επωφελούμενων εκπαιδευμένα στελέχη του ΔΟΜ είναι παρόντα στο αεροδρόμιο προσφέροντας καθοδήγηση και πολύτιμη βοήθεια έως και την στιγμή της επιβίβασης. Συχνά, ένας ή και περισσότεροι οι εκπρόσωποι του ΔΟΜ, επιστρατεύονται για να συνοδεύσουν τους επωφελούμενους είτε στον ενδιάμεσο(transit) είτε στον τελικό προορισμό τους όταν υφίστανται συγκεκριμένες ανάγκες που καθιστούν τη συνοδεία κατά την πτήση απαραίτητη. Καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας, πολιτισμικοί διαμεσολαβητές του ΔΟΜ βρίσκονται δίπλα στους δικαιούχους του προγράμματος ώστε όλες οι παραπάνω διαδικασίες να ολοκληρώνονται με τον ορθό τρόπο και με επιτυχία (Relocation, 2018).

1.11 Νομοθεσία για την προαγωγή της υγείας τους

Όπως προαναφέρθηκε ένα από τα αιτήματα και ζητούμενα του Μεταναστευτικού ρεύματος είναι η προαγωγή της υγείας τους. Θέμα που απασχολεί τόσο τους ίδιους όσο και την δημόσια υγεία της χώρας υποδοχής. Γύρω από αυτό θεσπίστηκαν νομοθετικά πλαίσια και έλαβαν δράση διεθνείς οργανισμοί, κυβερνητικές οργανώσεις, μη κερδοσκοπικοί παγκόσμιοι οργανισμοί και εθελοντικές οργανώσεις. Οι υπηρεσίες υγείας και η ιατρική φροντίδα υπάρχουν για να καλύπτουν τις ανάγκες υγείας κάθε κοινωνίας. Οι κοινωνίες όμως αλλάζουν και μαζί τους αλλάζουν οι ανάγκες υγείας και οι προσδοκίες του πληθυσμού για φροντίδα και περίθαλψη.

Είναι δε φυσικό, αυτές οι αλλαγές να παρασύρουν προς νέους προσανατολισμούς και τα συστήματα υγείας, που έτσι και αλλιώς δεν παραμένουν σε ακινησία αλλά συνεχώς εξελίσσονται, υποχρεωμένα από ευρύτερες διεργασίες όπως είναι η ανάπτυξη της οικονομίας και της τεχνολογίας ή από εσωτερικές δυνάμεις όπως είναι οι φωτεινές εμπνεύσεις και η άοκνη προσφορά ορισμένων λειτουργιών τους. Ο όρος «προαγωγή υγείας» είναι σχετικά πρόσφατος και έκανε την εμφάνισή του στα μέσα της δεκαετίας του 1970.

http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esta/T4/029/10292.pdf

Ο Lalonde, Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας της κυβέρνησης του Καναδά, το 1974, ήταν αυτός που έκανε χρήση για πρώτη φορά στον όρο «προαγωγή υγείας» και ακολούθως τον χρησιμοποίησαν διεθνείς οργανισμοί, κυβερνήσεις αλλά και επαγγελματίες της υγείας. Υπάρχουν δύο παράμετροι ώστε να μπορέσει να προσδιοριστεί η προαγωγή υγείας: να παρουσιαστεί είτε ως ένας συνολικότερος όρος, ο οποίος καλύπτει πληθώρα δραστηριοτήτων, με σκοπό τη βελτίωση της υγείας ενός πληθυσμού, είτε ως επιστήμη από μόνη της.

Η Προαγωγή Υγείας σύμφωνα με τη διακήρυξη της Π.Ο.Υ. είναι η διαδικασία εντός της οποίας τα άτομα γίνονται ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να τη βελτιώσουν. Η άποψη αυτή απορρέει από μια συνολικότερη αντίληψη που ταυτίζει την

υγεία με τη δυνατότητα που έχει ένα άτομο ή μια ομάδα, να μπορεί από τη μια να πραγματοποιεί τις επιθυμίες του και να ικανοποιεί τις ανάγκες του και από την άλλη να μεταβάλλει το περιβάλλον ή να προσαρμόζεται σ' αυτό. Συνακόλουθα, η υγεία είναι αναγκαίο να χαρακτηριστεί ως συντελεστής της καθημερινής ζωής και όχι σαν αυτοσκοπός. Είναι δηλαδή μια θετική έννοια που προσφέρει έμφαση στις κοινωνικές και προσωπικές δυνατότητες και ικανότητες.

(http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esta/T4/029/10292.pdf)

Η Προαγωγή Υγείας εστιάζει περισσότερο στο σύνολο του πληθυσμού εντός των πλαισίων της καθημερινής του ζωής, και θέτει σε προστασία μονωμένα άτομα που διατρέχουν κάποιο συγκεκριμένο κίνδυνο να αρρωστήσουν. Καθιστά τα άτομα ικανά να αναλαμβάνουν αυθόρμητα ή οργανωμένα υπεύθυνη δράση για την υγεία τους, που όπως ήδη αναφέρθηκε, αποτελεί σημαντικό συντελεστή της καθημερινής τους ζωής. Η επιδίωξη αυτή έχει ανάγκη από πλήρη και διαρκή πρόσβαση στην πληροφόρηση σε ζητήματα υγείας και τη μέγιστη δυνατή κοινοποίηση όλων των σχετικών πληροφοριών στο σύνολο του πληθυσμού. Κατευθύνει τη δράση της προς όλους τους παράγοντες που προσδιορίζουν την υγεία και συνδυάζει διάφορες αλλά συμπληρωματικές μεθόδους ή τρόπους προσέγγισης, όπως την επικοινωνία, την εκπαίδευση, τη νομοθεσία, τα οικονομικά μέτρα, τις οργανωτικές αλλαγές, την ανάπτυξη της κοινότητας καθώς και αυτογενείς τοπικές δραστηριότητες κατά των κινδύνων της υγείας. Κατά συνέπεια η Προαγωγή Υγείας, εκτός από τη στενή συνεργασία των υπηρεσιών υγείας, προϋποθέτει και τη συμβολή του συνόλου των φορέων που συνδέονται με τους ευρύτερους αυτούς παράγοντες. Γενικά είναι μια ευρύτερη δραστηριότητα στο χώρο της υγείας και της κοινωνίας και όχι μια ιατρική υπηρεσία. Γι' αυτό, το σύνολο των επαγγελματιών της υγείας και ιδιαίτερα όσοι ασχολούνται με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της Προαγωγής Υγείας. Το ζήτημα της μετανάστευσης δεν είναι μόνο πρόβλημα της Ευρώπης αλλά Παγκόσμιο και είναι σημαντικό που ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τα βασικά σημεία διαχείρισης της μεταναστευτικής κρίσης σε επίπεδο δημόσιας υγείας. Προτεραιότητα αποτελεί η ενδυνάμωση των υγειονομικών συστημάτων και η συντονισμένη δράση μεταξύ των χωρών υποδοχής, διέλευσης και φιλοξενίας των Προσφύγων και μεταναστών. Το Υπουργείο Υγείας έχει εστιάσει στην κάλυψη των αναγκών των προσφύγων και των μεταναστών σε φάρμακα και υγειονομικό υλικό και την άμεση φαρμακευτική κάλυψη για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες. Δεσμεύεται για την πλήρη κάλυψη των αναγκών των ευάλωτων αυτών ομάδων από το δημόσιο Σύστημα υγείας. (http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esta/T4/029/10292.pdf)

1.12 Μετανάστες και δημοσία υγεία, έλεγχος και διαλογή πρώτης υποδοχής

Τα τελευταία χρόνια και ειδικότερα με τον εμφύλιο στην Συρία η Ελλάδα, μεταξύ μερικών ακόμα ευρωπαϊκών χωρών, δέχεται εξαιρετικά σημαντικά μεγάλο αριθμό μεταναστών και προσφύγων. Η Συρία, το Αφγανιστάν και το Ιράκ καταγράφονται ως οι τρεις πρώτες χώρες προέλευσης, με βάση τον αριθμό των αφικνούμενων, ενώ σταθερή ροή εισερχομένων παρατηρείται από το Πακιστάν και το Μπαγκλαντές (ΚΕΕΛΠΝΟ, αδημοσίευτα στοιχεία). Οι

περιοχές αυτές αναφέρονται από επιδημιολογικό προφίλ λοιμωδών νόσων με σημαντικές αποκλίσεις από αυτό των ευρωπαϊκών χωρών. (Χατζηαναστασίου και συν., 2015)

Η γνώση αυτή έχει βαρύνουσα σημασία τόσο για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση κλινικών συνδρόμων σε μετανάστες και πρόσφυγες όσο και για την πρόληψη της διασποράς μεταδοτικών νόσων στον πληθυσμό των μεταναστών / προσφύγων, καθώς και στο υγειονομικό, διοικητικό και λοιπό προσωπικό που του εξυπηρετεί, αλλά και στην κοινότητα που τους φιλοξενεί στη χώρα υποδοχής. Ο πολύ μεγάλος αριθμός των εισερχομένων μεταναστών / προσφύγων καθιστά αναγκαία την οργάνωση των στρατηγικών διαλογής με τρόπο ταχύ, αποτελεσματικό, αλλά ταυτόχρονα και εφικτό και βιώσιμο από την άποψη της χρήσης υγειονομικών πόρων.

Στην υλοποίηση των στρατηγικών αυτών είναι αναγκαίο να συνυπολογιστούν και ειδικές παράμετροι που πιθανόν να υπεισέρχονται:

- Η χώρα προέλευσης σημειώνεται κατά δήλωση των εισερχομένων, χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα εξακρίβωσης σε περισσότερες περιπτώσεις.
- Ο κίνδυνος προηγούμενης έκθεσης των εισερχομένων στα νοσήματα τα οποία ενδημούν στις χώρες προέλευσής τους σχετίζεται με τις περιοχές και τις συνθήκες διαβίωσής τους στις χώρες αυτές και πιθανόν να παρουσιάζει σημαντικές διακυμάνσεις μεταξύ προερχομένων από την ίδια χώρα.
- Για χώρες με ασταθές εσωτερικό περιβάλλον όπως για παράδειγμα λόγω πολεμικών και άλλων συρράξεων, τα επιδημιολογικά δεδομένα μπορεί να παρουσιάσουν ταχεία και σημαντική απόκλιση από το προηγουμένως γνωστό επιδημιολογικό προφίλ της χώρας.
- Πέρα από τη χώρα και συγκεκριμένη περιοχή προέλευσης, ο κίνδυνος προσδιορισμού των εισερχομένων συναρτάται με τις συνθήκες υγιεινής κατά το ταξίδι τους και μετά την άφιξή τους στη χώρα υποδοχής, πχ για νοσήματα, όπως βακτηριακές και παρασιτικές διάρροιες ή φυματίωση. Παράγοντες, όπως στενός συγχρωτισμός ή ανεπαρκής πρόσβαση σε εγκαταστάσεις υγιεινής, αυξάνουν τον κίνδυνο νόσησης. Μεγαλύτερος εκτιμάται ο κίνδυνος ευρείας διασποράς των υδατογενώς και τροφιμογενώς μεταδιδόμενων νοσημάτων, που παρουσιάζουν και κοπρανοστοματική μετάδοση, όπως οι βακτηριακές και παρασιτικές διάρροιες. Η έμφαση στις συνθήκες και εγκαταστάσεις υγιεινής είναι σημαντική και για την πρόληψη της εισαγωγής στον τοπικό πληθυσμό νοσημάτων για τα οποία δεν υπάρχει συλλογική ανοσία. Παράδειγμα αποτελεί ο τυφοειδής πυρετός, για τον οποίο δεν υπάρχει η δυνατότητα μαζικού εμβολιασμού στις ευρωπαϊκές χώρες, σε αντιδιαστολή με την ηπατίτιδα Α, για την οποία υπάρχει στην Ελλάδα συλλογική ανοσία σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού (μέσω εμβολιασμού για τα παιδιά και τους νέους ενήλικες, και μέσω φυσικής νόσησης στους ηλικιωμένους). (Χατζηαναστασίου και συν., 2015)
- Μεταδοτικά νοσήματα με κίνδυνο εξάπλωσης στον πληθυσμό, όπως η ελονοσία από *Plasmodium vivax*, προσδιορίζονται από μακρούς χρόνους επώασης και επιπλέον έχουν ανάγκη από ειδικό εργαστηριακό έλεγχο για τη διάγνωσή τους.
- Νοσήματα, όπως η ηπατίτιδα Β, μπορεί να μεταδίδονται από ασυμπτωματικό χρόνιο φορέα, ενώ για τη διάγνωση υπάρχει ανάγκη για αιματολογικός εργαστηριακός έλεγχος. Για τον Αφγανικό πληθυσμό, ειδικότερα, σημαντικό ποσοστό της χρόνιας ηπατίτιδας Β συνδέεται με πρωτολοίμωξη κατά τη γέννηση (μετάδοση στο νεογνό από μητέρα- φορέα) ή την πρώτη παιδική ηλικία, οπότε και διακρίνονται και τα

υψηλότερα ποσοστά μετάπτωσης σε χρονιότητα, σε σύγκριση με τη μετάδοση στην ενήλικη ζωή μέσω σεξουαλικής επαφής, ενδοφλέβιας χρήσης ουσιών ή παραγόντων αίματος. (Χατζηαναστασίου και συν., 2015)

- Η υπάρχουσα εμπειρία για τον έλεγχο των εισαγόμενων μεταδοτικών νοσημάτων σχετίζεται κατά βάση σε εισερχόμενους πληθυσμούς που προτίθενται να παραμείνουν στη χώρα υποδοχής για ικανό διάστημα, ιδανικά με ενσωμάτωση στην τοπική κοινωνία. Σε αντιδιαστολή, η παρούσα κατάσταση διακρίνεται από ταχεία και μαζική διέλευση μεταναστών και προσφύγων, οι οποίοι κατά κανόνα διαμένουν σε περιορισμένους χώρους σε συνθήκες υψηλού συγχρωτισμού και ομοίως υψηλών ρυθμών διακίνησης και εναλλαγής επάλληλων κυμάτων εισερχομένων. Οι συνθήκες αυτές δεν παρέχουν τη δυνατότητα ούτε ενδεδειγμένη υγειονομική έλεγχο ούτε συνέχεια των παρεχομένων υπηρεσιών διαλογής, διερεύνησης και φροντίδας. Για παράδειγμα, η διενέργεια της δερμοαντίδρασης Mantoux έχει ανάγκη από επαναξιολόγηση σε 48 ώρες, χρόνο κατά τον οποίο μεγάλο τμήμα των εισερχομένων μεταναστών έχει ήδη μετακινηθεί. Ομοίως, η διάγνωση και θεραπεία μεταδοτικών νόσων που διαδράμουν χρονίως, καθίσταται προβληματική ή αδύνατη υπό τις τρέχουσες συνθήκες. (Χατζηαναστασίου και συν., 2015)
- Τέλος, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Ελέγχου Νοσημάτων (ECDC), παράλληλα με το όποιο πρόγραμμα διαλογής για λοιμώδη νοσήματα, υπογραμμίζει τη σημασία της εξασφάλισης ικανοποιητικών συνθηκών υγιεινής στα καταλύματα των νεοεισερχομένων πληθυσμών και της πρόληψης του συνωστισμού, ώστε να αποφευχθεί η εξάπλωση νοσημάτων, όπως η ψώρα, οι ρικετσιώσεις και τα νοσήματα που μεταδίδονται με σταγονίδια ή αερογενώς. Για την περίπτωση των εισερχομένων μεταναστών οι οποίοι προβλέπεται να διαμείνουν για ικανό διάστημα σε μια περιοχή, υφίστανται αποκλίνουσες οδηγίες διαλογής στα διάφορα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και λοιπά κράτη του λεγόμενου Δυτικού Κόσμου. (Χατζηαναστασίου και συν., 2015)

Οι εναλλακτικές προσεγγίσεις που βρίσκουν εφαρμογή από τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σύμφωνα με πρόσφατη (Οκτώβριος 2015) καταγραφή του ECDC, περιλαμβάνουν:

1. Διαλογή για λοιμώδη νοσήματα: Οι περισσότερες χώρες εστιάζουν στην ανίχνευση της ενεργούς πνευμονικής φυματίωσης είτε κατά το χρόνο άφιξης των εισερχομένων είτε σε δεύτερο χρόνο στους χώρους φιλοξενίας τους. Ορισμένες χώρες προβλέπουν πρόσθετο έλεγχο για ιογενείς ηπατίτιδες Β και C, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, νοσήματα προλαμβανόμενα με εμβολιασμό, χολέρα, ελονοσία και άλλα παρασιτικά νοσήματα.
2. Επιδημιολογική επιτήρηση συνδρόμων, όπως αναπνευστικών λοιμώξεων, γαστρεντερίτιδας, εμπύρετου εξανθήματος, εμπύρετης λεμφαδενοπάθειας, οξέος ικτέρου, παρασιτικής δερματοπάθειας και αιφνίδιου θανάτου. Το ECDC είναι σε διαδικασία διαμόρφωσης πρωτοκόλλων για την επιτήρηση συνδρόμων σε νεοεισερχομένους πληθυσμούς. (Χατζηαναστασίου και συν., 2015).
3. Μαζικό εμβολιασμό, π.χ. με MMR (ιλαρά-ερυθρά-παρωτίτιδα), κατά προτεραιότητα σε παιδιά και εφήβους ως 15 ετών και με εμβόλιο πολιομυελίτιδας, σε πληθυσμούς με προέλευση χώρες με συνεχιζόμενη δραστηριότητα της νόσου, όπως το Αφγανιστάν,

το Πακιστάν, η Νιγηρία και η Σομαλία. Σε γενικές γραμμές, για τη βέλτιστη διασφάλιση της Δημόσιας Υγείας από τα μεταδοτικά νοσήματα, είναι αναγκαίος ο ακολούθως έλεγχος κατά την είσοδο στη χώρα σε μετανάστες/ πρόσφυγες που αιτούνται νομιμοποιητικά έγγραφα, εφόσον υπάρχουν οι απαραίτητοι υγειονομικοί πόροι.

- I. Κλινική εξέταση
- II. Ακτινογραφία θώρακος. Επί ύποπτης ακτινογραφίας, ακολουθεί εξέταση πτυέλων
- III. Για μυκοβακτηρίδια και προσδιορισμός της ανοσοαντίδρασης στη δοκιμασία φυματίνης δέρματος (Mantoux) ή δοκιμασία γ-ιντερφερόνης, Το ιστορικό εμβολιασμού με το εμβόλιο BCG (Bacille-Calmette-Guerin) δεν μεταβάλλει τις απαιτήσεις ελέγχου ή τις απαιτούμενες ενέργειες που στηρίζονται στα αποτελέσματα
- IV. Της δερματικής δοκιμασίας φυματίνης. (Χατζηαναστασίου και συν., 2015)
- V. Έλεγχος για ελονοσία με ταχεία δοκιμασία ανίχνευσης αντιγόνου ή παχεία και λεπτή σταγόνα κατά Laveran. Όλα τα κρούσματα ελονοσίας είναι αναγκαίο να λαμβάνουν επαρκή θεραπευτική αγωγή, συμπεριλαμβανομένης και της θεραπείας εκρίζωσης λανθανόντων πλασμοδίων (πριμακίνη).
- VI. Παρασιτολογικές εξετάσεις (μικροσκοπική εξέταση κοπράνων) και καλλιέργεια
- VII. Κοπράνων για διερεύνηση γαστρεντερικών λοιμώξεων από παράσιτα και βακτήρια. Η καλλιέργεια κοπράνων πραγματοποιείται με κύριο σκοπό την ανίχνευση πιθανής λοίμωξης από βακτήρια, όπως η *Salmonella typhi* και *Salmonella paratyphi*, που μπορούν να εγκαταστήσουν ασυμπτωματική φορία με διασπορά στο περιβάλλον, ειδικά σε συνθήκες υγειονομικών ελλείψεων και συγχρωτισμού. Στη μικροσκοπική εξέταση κοπράνων αναζητώνται παράσιτα, όπως τα *Ascaris lumbricoides* (ασκαρίδες) και *Trichuris trichuria* (οξύουροι). Σε περίπτωση που διακρίνονται θετικά αποτελέσματα, είναι αναγκαίο να παράσχετε άμεσα κατάλληλη θεραπεία.
- VIII. Έλεγχος για αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα: ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C και HIV. Όλες οι εξετάσεις είναι αναγκαίο να πραγματοποιούνται εν γνώσει και με ενημερωμένη συναίνεση του ατόμου ή του νόμιμου κηδεμόνα τους. Η συζήτηση για τις σχετικές εξετάσεις και η κοινοποίηση των αποτελεσμάτων είναι αναγκαίο να πραγματοποιείται με απόλυτο σεβασμό για το άτομο όσον αφορά το απόρρητο. Ο ιατρός θα πρέπει να αναφέρει ρητά τις υποχρεώσεις του για την προστασία του απορρήτου, αλλά και την υποχρέωσή του να κοινοποιεί τη διάγνωση στις αρμόδιες αρχές. Από το ECDC τονίζεται, ωστόσο, ότι κάθε πρόγραμμα διαλογής για λοιμώδη νοσήματα πρέπει να συνδέεται με ένα δομημένο σύστημα παραπομπών για οριστική διάγνωση και θεραπεία. Επομένως, οι ειδικές εξετάσεις, πχ αιματολογικός εργαστηριακός έλεγχος, είναι σκόπιμο να πραγματοποιούνται, όταν η ύπαρξη και χωρητικότητα των υποδομών επιτρέπει τη διενέργεια εξειδικευμένων εργαστηριακών εξετάσεων σε μαζική κλίμακα και την παραπομπή για κατάλληλη θεραπεία. (Χατζηαναστασίου και συν., 2015)
- IX. Όπου αναφέρεται ότι είναι απαραίτητο, με βάση τις κλινικές ενδείξεις, συνιστάται έλεγχος και για τα εξής σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα: ορολογικός έλεγχος για σύφιλη, εξέταση για *Chlamydia trachomatis* και για *Neisseria*

gonorrhoeae. Στην περίπτωση διάγνωσης κάποιου από τα ανωτέρω νοσήματα, θα πρέπει να υπάρχει άμεση μέριμνα για παραπομπή προς θεραπεία.

- X. Καλύτερα Ανασκόπηση ιστορικού εμβολιασμών: Η αξιολόγηση της εμβολιαστικής κάλυψης πραγματοποιείται με βάση το Ελληνικό Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού. Εάν δεν υπάρχει αξιόπιστο ιστορικό εμβολιασμού, πρέπει να υποθέτουμε ότι ο αλλοδαπός δεν είναι εμβολιασμένος και είναι αναγκαίο να εμβολιαστεί σύμφωνα με το Ελληνικό Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού. Εάν ο εμβολιασμός είναι ελλιπής, πρέπει να συνεχιστεί από το σημείο εκείνο που έχει σταματήσει, μέχρι να συμπληρωθεί ο αριθμός των απαιτούμενων δόσεων ανά εμβόλιο (δε συνιστάται να ξαναρχίζει ο εμβολιασμός από την αρχή). Από νομικής πλευράς, ο Νόμος 3386 του 2005 («Για την είσοδο, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική Επικράτεια») ορίζει ότι οι εισερχόμενοι μετανάστες οι οποίοι υποβάλλουν αίτηση για άδεια παραμονής, πρέπει να μην αποτελούν κίνδυνο για τη δημόσια υγεία. (Χατζηαναστασίου και συν., 2015)

Ως ασθένειες που μπορούν να δικαιολογήσουν την άρνηση εισόδου ή δικαιώματος διαμονής ορίζονται οι εκάστοτε προβλεπόμενες από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, καθώς και άλλες λοιμώδεις, μεταδοτικές ή παρασιτικές ασθένειες οι οποίες επιβάλλουν τη λήψη μέτρων για την προστασία της δημόσιας υγείας. Προβλέπεται, παρόλα αυτά, ότι σε περίπτωση που διαπιστωθεί μετά την έκδοση της αρχικής άδειας διαμονής, ότι ο μετανάστης πάσχει από ασθένεια από την οποία προσβλήθηκε μετά την είσοδο του στη Χώρα, η ανανέωση της άδειας διαμονής του δε θα πρέπει να αναστέλλεται εξαιτίας του λόγου αυτού, ούτε είναι αναγκαίο να ζητείται η απομάκρυνσή του από το έδαφος της Χώρας. Παράλληλα, το άρθρο 76 του ίδιου νόμου, προβλέπει τη διοικητική απέλαση αλλοδαπού, αν η παρουσία του στο ελληνικό έδαφος είναι επικίνδυνη για τη δημόσια υγεία και αυτός αρνείται να συμμορφωθεί προς τα μέτρα που καθορίζονται από τις αρμόδιες υγειονομικές αρχές, αφού του έχει παρασχεθεί η απαραίτητη πληροφόρηση. (Χατζηαναστασίου και συν., 2015)

Για τους εισερχομένους με σκοπό τη σύντομη διαμονή ή τη διέλευση από τη χώρα, όπου απαιτείται θεώρηση εισόδου (Visa), αυτή προβλέπεται να εκδίδεται, αφού ληφθούν υπόψη λόγοι που αφορούν στη δημόσια υγεία, είτε πρόκειται για θεώρηση βραχείας διαμονής (θεώρηση/ Visa «Σένγκεν») είτε για θεώρηση μακράς διαμονής (εθνική θεώρηση / Visa, άρθρο 6). Ακόμη κι αν ο εισερχόμενος διαθέτει έγκυρη θεώρηση εισόδου (Visa), η είσοδος στη χώρα μπορεί να μην του επιτραπεί, αν κριθεί ότι αυτός μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για τη δημόσια υγεία (άρθρο 8). Το 2011 θεσμοθετήθηκε ότι το πρόγραμμα ιατρικού ελέγχου, ψυχοκοινωνικής διάγνωσης και παραπομπής αλλοδαπών σε δομές υποστήριξης και φιλοξενίας καθορίζεται σύμφωνα με απόφαση του Υπουργού Υγείας (N 3907 /2011, «Ίδρυση Υπηρεσίας Ασύλου και Υπηρεσίας Πρώτης Υποδοχής, προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2008/115/EK «σχετικά με τους κοινούς κανόνες και διαδικασίες στα κράτη-μέλη για την επιστροφή των παρανόμως διαμενόντων υπηκόων τρίτων χωρών»). Ο ίδιος νόμος προβλέπει ότι σε περίπτωση απόφασης για απομάκρυνση (επαναπροώθηση) μεταναστών, μπορεί να επιβληθεί απαγόρευση για επανείσοδό του στη χώρα για ως και πέντε χρόνια, σε περίπτωση που από την παρουσία του στην Ελλάδα προκύπτει κίνδυνος για τη δημόσια υγεία (άρθρο 26). (Χατζηαναστασίου και συν., 2015).

Ο νόμος αυτός αναφέρεται τόσο σε πρόσφυγες όσο και σε λοιπούς εισερχομένους μετανάστες. Οι διατάξεις του ως άνω νόμου εξειδικεύτηκαν το 2013 με την Υπουργική Απόφαση 92490 («Πρόγραμμα ιατρικού ελέγχου, ψυχοκοινωνικής διάγνωσης και υποστήριξης και παραπομπής των εισερχομένων χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα υπηκόων τρίτων χωρών σε δομές πρώτης υποδοχής», ΥΑ Υ1.Γ.Π.οικ. 92490 /4 Οκτ 2013). Προβλέπεται έλεγχος των εισερχομένων στο σημείο οπου γίνεται η είσοδος από υγειονομικό κλιμάκιο, όσον αφορά τυχόν οξείες, αλλά και χρόνιες παθήσεις, και καταγραφή και ηλεκτρονική καταχώρηση του ιατρικού και εμβολιαστικού ιστορικού, εφόσον αυτό τεκμηριώνεται από έγκυρα πιστοποιητικά. Ανάλογα με τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης και τα πιθανά συμπτώματα σε συνδυασμό με το ιστορικό και τη χώρα προέλευσης / διέλευσης, προβλέπεται παραπομπή σε δημόσια υγειονομική μονάδα για περαιτέρω διαγνωστικό έλεγχο και θεραπεία, ιδιαιτέρως όπου συντρέχουν λόγοι προστασίας της δημόσιας υγείας, π.χ. επί υποψίας μεταδοτικών νοσημάτων, όπως φυματίωσης, ελονοσίας, σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και λοιμώξεων του αναπνευστικού και γαστρεντερικού συστήματος (άρθρο 4). (Χατζηαναστασίου και συν., 2015) Ειδικότερα, για τη διερεύνηση πιθανών κρουσμάτων φυματίωσης για τους μετανάστες που εισέρχονται σε Κέντρο Πρώτης Υποδοχής, προβλέπεται να συμπληρώνεται από ιατρό εντός 24 ωρών από την άφιξη ειδικό ερωτηματολόγιο.

Όσοι πληρούν τα κριτήρια του ερωτηματολογίου, είναι αναγκαίο να παραπέμπονται σε δημόσια υγειονομική μονάδα για περαιτέρω ιατρικό έλεγχο (ακτινογραφία θώρακος, μικροβιολογική εξέταση πτυέλων κλπ.). Ασθενής με ύποπτη ή επιβεβαιωμένη ενεργό φυματίωση προβλέπεται να νοσηλεύεται σε κατάλληλη υγειονομική μονάδα, μέχρις ότου κριθεί από τους θεράποντες ιατρούς ότι μπορεί να λάβει εξιτήριο προς το χώρο φιλοξενίας του όπου πρέπει να ληφθεί μέριμνα για τη συνέχεια της θεραπείας του και την παρακολούθησή του, για το ενδεικνυόμενο χρονικό διάστημα. Ως την παραπομπή του σε υγειονομική μονάδα, ο ασθενής προβλέπεται να παραμένει σε χώρο μόνωσης εντός του κέντρου φιλοξενίας. Για την περίπτωση κλινικής εικόνας συμβατής με ελονοσία σε άτομα τα οποία προέρχονται από ενδημικές για τη νόσο χώρες, συνιστάται να πραγματοποιείται επί τόπου έλεγχος με ταχεία δοκιμασία (rapid test) σε δείγμα αίματος 5 – 50μL και άμεση παραπομπή για θεραπεία, όπου ενδείκνυται (Χατζηαναστασίου και συν., 2015)

1.12.1 Εμβολισμοί προσφύγων- μεταναστών και υγειονομικού προσωπικού σε κέντρα φιλοξενίας.

Διευκρινίσεις για τους εμβολιασμούς προσφύγων, αιτούντων άσυλο, μεταναστών και του υγειονομικού προσωπικού που εργάζεται σε κέντρα φιλοξενίας παρέχεται στην εγκύκλιό του το Υπουργείο Υγείας. Όπως αναφέρεται ένα από τα βασικότερα ζητήματα είναι ο ελλιπής εμβολιασμός, γεγονός που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τόσο τους ίδιους όσο και τον γηγενή πληθυσμό. Σημειώνεται ότι η πλειονότητα των προσφύγων έχουν «άγνωστη κατάσταση εμβολιασμού», εφόσον δεν έχουν στην κατοχή τους κατά την άφιξή τους έγγραφα που να πιστοποιούν την εμβολιαστική τους κάλυψη, με αποτέλεσμα την περαιτέρω δυσκολία στην ορθότερη προσέγγιση από τις υγειονομικές αρχές της χώρας υποδοχής.

(<https://www.onmed.gr/ygeiapolitiki/story/341469/ti-provlepei-i-egkyklios-tou-yp-ygeias-gia-ton-emvoliasmoprosfygon—ygeionomikon>)

Στην εγκύκλιο προσδιορίζεται ότι η εμβολιαστική κατάσταση των νεοεισερχομένων μεταναστών και προσφύγων είναι αναγκαίο να ελέγχεται άμεσα προκειμένου να δοθεί άδεια παραμονής (πράσινη κάρτα) οι πρώτοι και να φιλοξενηθούν προσωρινά ή για σημαντικό χρονικό διάστημα οι δεύτεροι. Κάθε γραπτή και ευκρινής τεκμηρίωση εμβολιασμού γίνεται αποδεκτή, εφόσον αυτός έχει διενεργηθεί σύμφωνα με τις διεθνώς αποδεκτές συστάσεις (κατάλληλη ηλικία, εμβόλιο, μεσοδιάστημα δόσεων). Βρέφη και παιδιά χωρίς πιστοποιητικό εμβολιαστικής κάλυψης, χαρακτηρίζονται ανεμβολίαστα και εμβολιάζονται εξαρχής με βάση την ηλικία τους. Οι πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο είναι αναγκαίο κατά προτεραιότητα να εμβολιάζονται ως ακολούθως:

- Εμβολιασμός για ιλαρά-ερυθρά-παρωτίτιδα Παιδιά και ενήλικες: 1 δόση εμβολίου MMR (για ιλαρά-ερυθρά-παρωτίτιδα), κατά προτεραιότητα στις ηλικίες από 12 μηνών έως <15 ετών>κάτω των 15 ετών.
- Εμβολιασμός για διφθερίτιδα-τέτανο-κοκκύτη-πολιομυελίτιδα (αδρανοποιημένο εμβόλιο). Παιδιά 6 εβδομάδων έως 4 ετών. 1 δόση εμβολίου__ DTaP-IPV (για διφθερίτιδα-τέτανο-κοκκύτη (ακυτταρικό)- πολιομυελίτιδα (αδρανοποιημένο)). Σε περίπτωση έλλειψης τετραδύναμου εμβολίου μπορεί να γίνει πενταδύναμο (DTaP-IPV-Hib) ή εξαδύναμο (DTaP-IPV-Hib-HepB). Επίσης, στην περίπτωση μη διαθεσιμότητας ακυτταρικού εμβολίου κοκκύτη μπορεί να χορηγείται ολοκυτταρικό (έως την ηλικία των 7 ετών) συνδυασμένο με τα υπόλοιπα εμβόλια. Παιδιά μεγαλύτερα των 4 ετών, έφηβοι και ενήλικες: 1 δόση τετραδύναμου εμβολίου Tdap-IPV (εμβόλιο τύπου ενηλίκου για διφθερίτιδα-τέτανο-κοκκύτη (ακυτταρικό)-πολιομυελίτιδα (αδρανοποιημένο)), με προτεραιότητα σε παιδιά, εφήβους, ενήλικες. Εναλλακτικά, μπορεί να χορηγείται εμβόλιο Td-IPV (εμβόλιο τύπου ενηλίκου για διφθερίτιδα-τέτανο- πολιομυελίτιδα (αδρανοποιημένο)).

(<https://www.onmed.gr/ygeiapolitiki/story/341469/ti-provlepei-i-egkyklios-tou-yp-ygeias-gia-tonemvoliasmo-prosfygon—ygeionomikon>)

- Εμβολιασμός νεογνών για φυματίωση. 1 δόση εμβολίου BCG (για φυματίωση) κατά τη διάρκεια της νεογνικής περιόδου. Επιπλέον, σε περίπτωση που η επιδημιολογική επιτήρηση καταδείξει συρροή κρουσμάτων συνιστάται: Εμβολιασμός για μηνιγγιτιδόκοκκο, με συζευγμένο ή πολυσακχαριδικό εμβόλιο ανάλογα με την ηλικία: τετραδύναμο (για οροομάδες A, C, Y, W135) ή αντίστοιχο ολιγοδύναμο. Εμβολιασμός για γρίπη, την περίοδο κυκλοφορίας του ιού, στις ηλικίες πάνω από 6 μηνών. Σε δεύτερο χρόνο και στην περίπτωση που η παραμονή στη χώρα επεκταθεί οι εμβολιασμοί συμπληρώνονται σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών και διενεργείται έλεγχος με φυματινοαντίδραση.

(<https://www.onmed.gr/ygeia-politiki/story/341469/ti-provlepei-i-egkykliostou-yp-ygeias-gia-ton-emvoliasmo-prosfygon--ygeionomikon>)

Σχετικά με το υγειονομικό προσωπικό που εργάζεται σε κέντρα φιλοξενίας προσφύγων είναι αναγκαίο να είναι πλήρως εμβολιασμένο σύμφωνα με το Εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού

ενηλίκων. Εάν δεν υπάρχει πλήρης εμβολιασμός πρώτη προτεραιότητα δίνεται σε: 1 δόση MMR. Εάν δεν έχουν αποδεδειγμένη ανοσία και έχουν γεννηθεί μετά το 1957, πρέπει να εμβολιάζονται με 2 δόσεις MMR. 1 δόση τετραδύναμου εμβολίου Tdap-IPV τύπου ενηλίκου.

(<https://www.onmed.gr/ygeiapolitiki/story/341469/ti-provlepei-i-egkyklios-tou-yp-ygeias-gia-ton-emboliasmoprosfygon--ygeionomikon>)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Έρευνα

2.1 Μεθοδολογία της έρευνας

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε για την εν λόγω πτυχιακή εργασία διεξήχθη μέσω ερωτηματολογίων που μοιράστηκαν στο νοσοκομείο της Μυτιλήνης (Βοστάνειο) στους επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές, βοηθός νοσηλευτή) κατά τους μήνες Νοέμβριο και Δεκέμβριο 2019.

2.2 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας που δημιουργήθηκε ήταν η διερεύνηση διαπολιτισμικής ικανότητας και γνώσης των επαγγελματιών υγείας σε νησί που δέχεται αυξημένες προσφυγικές και μεταναστευτικές ροές με χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς. Μέσα από τα ερωτηματολόγια έγινε η απόπειρα να ληφθεί μια απάντηση για την επίδραση που ασκεί το μεταναστευτικό και προσφυγικό ζήτημα στους επαγγελματίες υγείας κυρίως σε επίπεδα επαγγελματικής υπόστασης αλλά και σε επίπεδα δεοντολογίας, ηθικής και κοινωνικής υπόστασης.

Στα πλαίσια της συγκεκριμένης πτυχιακής ερευνητικής εργασίας διερευνήθηκε στατιστική έρευνα, με στόχο την αντιπροσωπευτική απεικόνιση της στάσης των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην κλιμακούμενη κατάσταση που δημιουργείται, εξαιτίας της συνεχής αυξανόμενης προέλευσης μεταναστών και προσφύγων στο νησί Λέσβος και κυρίως στο νοσοκομείο του.

2.3 Δείγμα Έρευνας

Μελετήθηκε δείγμα 100 νοσηλευτών-βοηθών νοσηλευτών, το οποίο απάντησε σε 83 απλές ερωτήσεις γνώσεως-κρίσεως. Οι ερωτήσεις είχαν στόχο να αποτυπώσουν μια γενική εικόνα απόψεων των νοσηλευτών αναφορικά με τη σημερινή πραγματική κατάσταση που βιώνουν πλέον σε καθημερινή βάση και καλούνται να αντιμετωπίζουν στο νοσοκομείο με την ολοένα και συνεχή εισροή των προσφύγων και μεταναστών που προφανώς γίνεται εμφανές ότι δεν είναι σταθερή.

2.4 Εργαλείο της έρευνας

Για την αποτύπωση της πολιτισμικής επάρκειας των νοσηλευτών χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Transcultural Self-Efficacy Tool (TSET) που δημιουργήθηκε από τους Sarafis P, Igoumenidis M, Tzavara C, Malliarou M. Reliability and Validity of the Transcultural Self- Efficacy Tool (Greek Version). Journal of Nursing Measurent

2014q22(2):E41-E51 και έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά από τους Μαλλιαρού και συν (2011). Για τη χρήση της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου ζητήθηκε και εξασφαλίστηκε άδεια από τους δημιουργούς του. Στο ερωτηματολόγιο TSETπροτέθηκε μία ξεχωριστή ενότητα που αφορούσε στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (ηλικιακή ομάδα, φύλο και επαγγελματική ιδιότητα).

Για τη μελέτη των υπό εξέταση παραγόντων της πολιτισμικής επάρκειας το ερωτηματολόγιο TSETπεριέχει 83 ερωτήσεις σε 10βάθμια κλίμακα Likert και διερευνά τρεις διαφορετικούς τομείς (υπο-κλίμακες):

1. **Γνωστική υπο-κλίμακα:** Κατά πόσο κατανοητοί είναι στους επαγγελματίες υγείας οι τρόποι με τους οποίους οι πολιτισμικοί παράγοντες επηρεάζουν τη νοσηλευτική φροντίδα μεταξύ ασθενών από διαφορετικά πολιτισμικά υπόβαθρα.
2. **Πρακτική υπο-κλίμακα:** Αξιολογούν τον βαθμό αυτοπεποίθησης και βεβαιότητας τους, κατά πόσο είναι σίγουροι ώστε να αξιολογήσουν με τη λήψη ιστορικού υγείας ασθενείς διαφορετικού πολιτισμικού υπόβαθρου, τις αξίες και τα πιστεύω τους.
3. **Συναισθηματική υπο-κλίμακα:** Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να αξιολογήσουν το βαθμό αυτοπεποίθησης και βεβαιότητας τους για τις γνώσεις που διαθέτουν ως νοσηλευτές που θα φροντίζουν ανθρώπους διαφόρων εθνικοτήτων

Αναλυτικότερα δίνεται έμφαση σε όλους τους τομείς στην επαγγελματική φύση του επαγγέλματος του νοσηλευτή, η οποία εμπεριέχει την συμπεριφορά του έχοντας ως βασικό και κυριότερο κριτήριο κώδικες συμπεριφοράς, την δεοντολογία και την νομοθεσία του επαγγέλματος αλλά και την γνώμη ,την στάση και συμπεριφορά των ίδιων των νοσηλευτών απέναντι στο προσφυγικό και μεταναστευτικό ζήτημα που τους αφορά και πρέπει να βγάλουν εις πέρας.

2.5 Δεοντολογικά ζητήματα

Για τη διεξαγωγή της μελέτης ζητήθηκε και εξασφαλίστηκε η άδεια από τη διοίκηση του νοσοκομείου «Βοστανειο» (η σχετική επιστολή παρατίθεται στο παράρτημα). Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ανώνυμη και εθελοντική. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου υποδηλώνει τη συγκατάθεση συμμετοχής τους στην έρευνα. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν υποχρεωτικά σε όλες τις ερωτήσεις, ενώ τους δόθηκε δικαίωμα αποχώρησης τους από την διαδικασία όποτε το επιθυμούσαν, σε περίπτωση που άλλαζαν γνώμη. Τηρήθηκαν όλες οι προβλεπόμενες διαδικασίες εμπιστευτικότητας, με κωδικοποίηση των ερωτηματολογίων προκειμένου να διασφαλιστεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων.

Στατιστική Ανάλυση:Για την στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων που πάρθηκαν έγινε με βάση το στατιστικό πρόγραμμα StatisticalPackageforSocialSciences (SPSS) 25.0.

2.6 Αποτελέσματα Έρευνας

2.6.1 Περιγραφικά αποτελέσματα

Βασικά δημογραφικά στοιχεία

Στο σημείο αυτό οι συμμετέχοντες στη μελέτη, ερωτήθηκαν σχετικά με το φύλο, την ηλικία και την ειδικότητα τους (νοσηλεύτης/τρια, βοηθός νοσηλεύτη/τριας).

Φύλο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid γυναίκα	78	78,0	78,0	78,0
άνδρας	22	22,0	22,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 1. Φύλο συμμετεχόντων

Ιδιότητα

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Νοσηλεύτης	40	40,0	40,0	40,0
Βοηθός	60	60,0	60,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

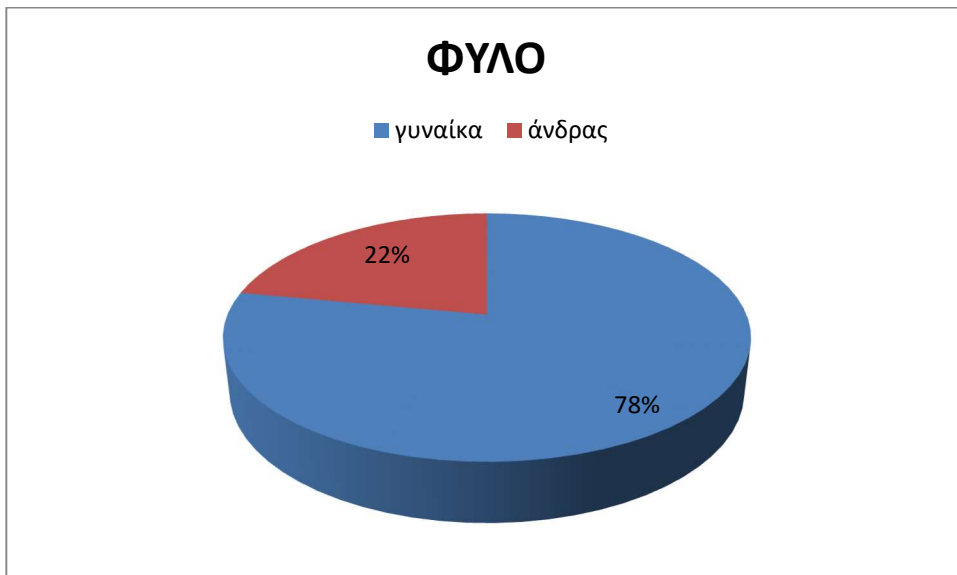
Πίνακας 2. Ιδιότητα συμμετεχόντων

Ηλικία

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 21-30	20	20,0	20,0	20,0
31-40	34	34,0	34,0	54,0
41-50	36	36,0	36,0	90,0
51-60	10	10,0	10,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 3. Ηλικιακή ομάδα συμμετεχόντων

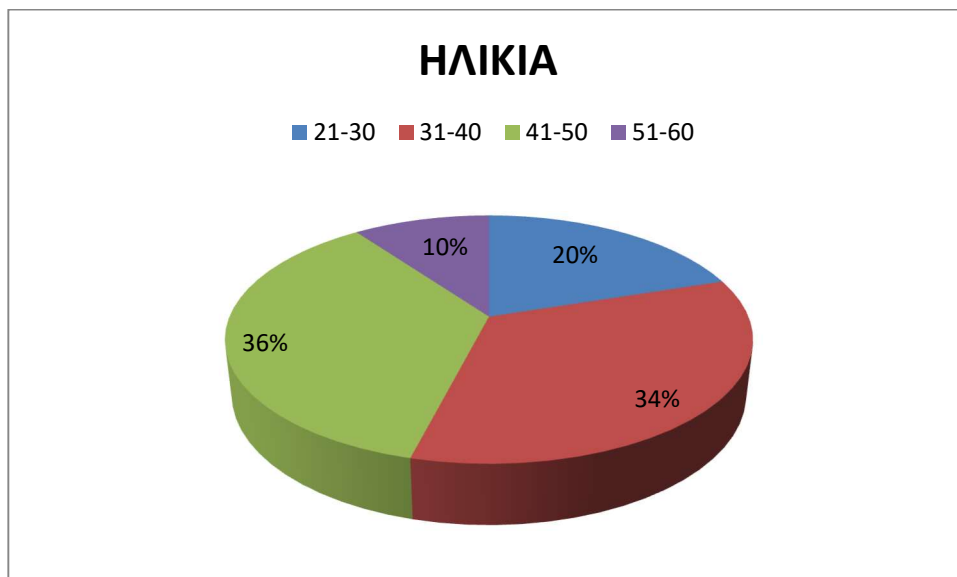
Όπως βλέπουμε από τα στοιχεία των Πινάκων 1, 2 και 3 προκύπτουν τα εξής δεδομένα :



Πίνακας 1 : Όπως βλέπουμε από τα στοιχεία του πίνακα 1 ο μέσος όρος που αφορά το φύλο των επαγγελματιών υγείας παρατηρούμε να υπερτερούν σε αριθμό οι γυναίκες με ποσοστό 78%, ενώ οι άνδρες να αγγίζουν το 22% του συνόλου.



Πίνακας 2 : Όπως βλέπουμε από τα στοιχεία του πίνακα 2 ο μέσος όρος που αφορά την ιδιότητα παρατηρούμε να υπερτερούν σε αριθμό οι βοηθοί νοσηλευτών με ποσοστό 60%, ενώ οι νοσηλεύτες με ποσοστό 40% του συνόλου.



Πίνακας 3 : Όπως διαπιστώνουμε από τα στοιχεία των αναλύσεων του πίνακα 3 ο μέσος όρος που σχετίζεται με την ηλικία είναι μεταξύ 21-30 με ποσοστό 20%, η ηλικία μεταξύ 31-40 με ποσοστό 34%, η ηλικία μεταξύ 41-50 με ποσοστό 36% και η ηλικία μεταξύ 51-60 με ποσοστό 10%.

Αποτελέσματα πολιτισμικής επάρκειας

Όπως σημειώθηκε, το ερωτηματολόγιο TSET χωρίζεται σε 3 υπο-κλίμακες, με τις ερωτήσεις που τις αποτελούν να βαθμολογούνται σε 10βάθμια κλίμακα Likert, όπου 1=δεν είμαι καθόλου σίγουρος και 10=είμαι απόλυτα σίγουρος. Ακολούθως αναλύονται τα αποτελέσματα της επάρκειας για καθεμία από αυτές τις υπο-κλίμακες ξεχωριστά.

A) Αποτελέσματα γνωστικής υπο-κλίμακας

Η γνωστική υπο-κλίμακα αναφέρεται στο κατά πόσο κατανοητοί είναι στους νοσηλευτές οι τρόποι με τους οποίους οι πολιτισμικοί παράγοντες επηρεάζουν τη νοσηλευτική φροντίδα.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean
COMPUTE cognitive_subscale=(ER_1 + ER_2 + ER_3 + ER_4 + ER_5 + ER_6 + ER_7 + ER_8 + ER_9 + ER_10 + ER_11 + ER_12 + ER_13 + ER_14 + ER_15 + ER_16 + ER_17 + ER_18 + ER_19 + ER_20 + ER_21 + ER_22 + ER_23 + ER_24 + ER_25) / 25	100	2,28	10,44	6,3316
Valid N (listwise)	100			

Πίνακας 4. Συγκεντρωτικά αποτελέσματα γνωστικής υπο-κλίμακας

Όπως βλέπουμε από τα στοιχεία του Πίνακα 4, ο μέσος όρος για τη γνωστική υπο-κλίμακα είναι 6,3/10, που υποδηλώνει μία σχετικά μέτρια πολιτισμική επάρκεια των συμμετεχόντων ως προς αυτήν τη διάσταση. (ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η ΜΕΓΙΣΤΗ ΤΙΜΗ ΒΓΑΙΝΕΙ ΠΑΝΩ ΑΠΟ 10, ΑΥΤΟ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΛΑΘΟΣ ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΣΤΟ SPSS–ΔΗΛΑΔΗ ΔΩΘΗΚΕ ΣΚΟΡ ΠΑΝΩ ΑΠΟ 10)

B) Αποτελέσματα πρακτικής υπο-κλίμακας

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	
COMPUTE practical_subscale=(ER_26 + ER_27 + ER_28 + ER_29 + ER_30 + ER_31 + ER_32 + ER_33 + ER_34 + ER_35 + ER_36 + ER_37 + ER_38 + ER_39 + ER_40 + ER_41 + ER_42 + ER_43 + ER_44 + ER_45 + ER_46 + ER_47 + ER_48 + ER_49 + ER_50 + ER_51 + ER_52 + ER_53) / 28	100	1,11	10,00	5,6325	
Valid N (listwise)	100				

Πίνακας 5. Συγκεντρωτικά αποτελέσματα πρακτικής υπο-κλίμακας

Όπως βλέπουμε από τα στοιχεία του Πίνακα 5, ο μέσος όρος για την πρακτική υπο-κλίμακα είναι 5,6/10, που υποδηλώνει μία σχετικά μέτρια πολιτισμική επάρκεια των συμμετεχόντων ως προς αυτήν τη διάσταση, τη χαμηλότερη που παρατηρήθηκε μεταξύ των τριών υπο-κλιμάκων.

Γ) Αποτελέσματα συναισθηματικής υπο-κλίμακας

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	
COMPUTE affective_subscale=(ER_54 + ER_55 + ER_56 + ER_57 + ER_58 + ER_59 + ER_60 + ER_61 + ER_62 + ER_63 + ER_64 + ER_65 + ER_66 + ER_67 + ER_68 + ER_69 + ER_70 + ER_71 + ER_72 + ER_73 + ER_74 + ER_75 + ER_76 + ER_77 + ER_78 + ER_79 + ER_80 + ER_81 + ER_8	100	2,70	11,27	6,9373	
Valid N (listwise)	100				

Πίνακας 6. Συγκεντρωτικά αποτελέσματα συναισθηματικής υπο-κλίμακας

Όπως βλέπουμε από τα στοιχεία του Πίνακα 6, ο μέσος όρος για τη συναισθηματική υπο-κλίμακα είναι 6,9/10, που υποδηλώνει μία μέτρια πολιτισμική επάρκεια των συμμετεχόντων ως προς αυτήν τη διάσταση, καλύτερη όμως συγκριτικά με την επάρκεια που παρατηρείται στις άλλες υπο-κλίμακες. (ΙΔΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΜΕ ΠΡΙΝ, ΛΑΘΟΣ ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΓΙΣΤΟ ΒΓΑΙΝΕΙ 11,27)

Συσχετίσεις

Σε αυτήν την ενότητα, παρουσιάζουμε ορισμένα αποτελέσματα σχετικά με τις 3 προαναφερθείσες υπο-κλίμακες που διαφοροποιούνται ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Οι συσχετίσεις πραγματοποιήθηκαν με χρήση του t-test, και σημειώνεται όπου εμφανίζουν κάποια στατιστικά αξιοσημείωτη διαφορά ($p < 0.05$).

Φύλο

A) Αποτελέσματα γνωστικής υπο-κλίμακας

Group Statistics

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation
COMPUTE cognitive_subscale=(ER_1 + ER_2 + ER_3 + ER_4 + ER_5 + ER_6 + ER_7 + ER_8 + ER_9 + ER_10 + ER_11 + ER_12 + ER_13 + ER_14 + ER_15 + ER_16 + ER_17 + ER_18 + ER_19 + ER_20 + ER_21 + ER_22 + ER_23 + ER_24 + ER_25) / 25	Γυναίκα	78	6,2313	1,95319
	Ανδρας	22	6,6873	1,72659

Πίνακας 7. Διαφορές γνωστικής υπο-κλίμακας ως προς το φύλο

Παρατηρούμε ότι στη γνωστική υπο-κλίμακα οι άντρες είχαν λίγο καλύτερο μέσο όρο από τις γυναίκες (6,7/10 έναντι 6,2/10)

B) Αποτελέσματα πρακτικής υπο-κλίμακας

Group Statistics

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation
COMPUTE practical_subscale=(ER_26 + ER_27 + ER_28 + ER_29 + ER_30 + ER_31 + ER_32 + ER_33 + ER_34 + ER_35 + ER_36 + ER_37 + ER_38 + ER_39 + ER_40 + ER_41 + ER_42 + ER_43 + ER_44 + ER_45 + ER_46 + ER_47 + ER_48 + ER_49 + ER_50 + ER_51 + ER_52 + ER_53) / 28	γυναίκα	78	5,6108	1,85563
	άνδρας	22	5,7094	1,57476

Πίνακας 8. Διαφορές πρακτικής υπο-κλίμακας ως προς το φύλο

Παρατηρούμε ότι και στην πρακτική υπο-κλίμακα οι άντρες είχαν λίγο καλύτερο μέσο όρο από τις γυναίκες (5,7/10 έναντι 5,6/10), αλλά γενικά οι διαφορές ήταν αμελητέες.

Γ) Αποτελέσματα συναισθηματικής υπο-κλίμακας

Group Statistics

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation
COMPUTE affective_subscale=(ER_54 + ER_55 + ER_56 + ER_57 + ER_58 + ER_59 + ER_60 + ER_61 + ER_62 + ER_63 + ER_64 + ER_65 + ER_66 + ER_67 + ER_68 + ER_69 + ER_70 + ER_71 + ER_72 + ER_73 + ER_74 + ER_75 + ER_76 + ER_77 + ER_78 + ER_79 + ER_80 + ER_81 + ER_8	γυναίκα	78	6,8650	1,58502
	άνδρας	22	7,1939	1,13802

Πίνακας 9. Διαφορές συναισθηματικής υπο-κλίμακας ως προς το φύλο

Παρατηρούμε ότι και στην συναισθηματική υπο-κλίμακα οι άντρες είχαν λίγο καλύτερο μέσο όρο από τις γυναίκες (7,2/10 έναντι 6,8/10)

Επαγγελματική ιδιότητα

A) Αποτελέσματα γνωστικής υπο-κλίμακας

Group Statistics

	Ιδιότητα	N	Mean	Std. Deviation
COMPUTE cognitive_subscale=(ER_1 + ER_2 + ER_3 + ER_4 + ER_5 + ER_6 + ER_7 + ER_8 + ER_9 + ER_10 + ER_11 + ER_12 + ER_13 + ER_14 + ER_15 + ER_16 + ER_17 + ER_18 + ER_19 + ER_20 + ER_21 + ER_22 + ER_23 + ER_24 + ER_25) / 25	Νοσηλεύτης	40	6,9580	1,79147
	Βοηθός	60	5,9140	1,88032

Πίνακας 10. Διαφορές γνωστικής υπο-κλίμακας ως προς την ιδιότητα

Παρατηρούμε ότι στη γνωστική υπο-κλίμακα οι νοσηλευτές είχαν καλύτερο μέσο όρο από τους βοηθούς (6,95/10 έναντι 5,9/10). Σε αυτήν την περίπτωση, η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική, όπως φαίνεται και από τον ακόλουθο έλεγχο.

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means				
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference			
COMPUTE cognitive_subscale=(ER_1 + ER_2 + ER_3 + ER_4 + ER_5 + ER_6 + ER_7 + ER_8 + ER_9 + ER_10 + ER_11 + ER_12 + ER_13 + ER_14 + ER_15 + ER_16 + ER_17 + ER_18 + ER_19 + ER_20 + ER_21 + ER_22 + ER_23 + ER_24 + ER_25) / 25	Equal variances assumed	,007	1,04400			
	Equal variances not assumed	,006	1,04400			

B) Αποτελέσματα πρακτικής υπο-κλίμακας

Group Statistics

	Ιδιότητα	N	Mean	Std. Deviation
COMPUTE practical_subscale=(ER_26 + ER_27 + ER_28 + ER_29 + ER_30 + ER_31 + ER_32 + ER_33 + ER_34 + ER_35 + ER_36 + ER_37 + ER_38 + ER_39 + ER_40 + ER_41 + ER_42 + ER_43 + ER_44 + ER_45 + ER_46 + ER_47 + ER_48 + ER_49 + ER_50 + ER_51 + ER_52 + ER_53) / 28	Νοσηλευτής	40	5,9670	1,56139
	Βοηθός	60	5,4095	1,90826

Πίνακας 11. Διαφορές πρακτικής υπο-κλίμακας ως προς την ιδιότητα

Παρατηρούμε ότι στην πρακτική υπο-κλίμακα οι νοσηλευτές είχαν και πάλι καλύτερο μέσο όρο από τους βοηθούς (5,9/10 έναντι 5,4/10), χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά.

Γ) Αποτελέσματα συναισθηματικής υπο-κλίμακας

Group Statistics

	Ιδιότητα	N	Mean	Std. Deviation
COMPUTE affective_subscale=(ER_54 + ER_55 + ER_56 + ER_57 + ER_58 + ER_59 + ER_60 + ER_61 + ER_62 + ER_63 + ER_64 + ER_65 + ER_66 + ER_67 + ER_68 + ER_69 + ER_70 + ER_71 + ER_72 + ER_73 + ER_74 + ER_75 + ER_76 + ER_77 + ER_78 + ER_79 + ER_80 + ER_81 + ER_8	Νοσηλευτής	40	7,1075	1,31119
	Βοηθός	60	6,8239	1,61308

Πίνακας 12. Διαφορές συναισθηματικής υπο-κλίμακας ως προς την ιδιότητα

Παρατηρούμε ότι στην συναισθηματική υπο-κλίμακα οι νοσηλευτές είχαν και πάλι καλύτερο μέσο όρο από τους βοηθούς (7,1/10 έναντι 6,8/10), χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά.

Ηλικιακή Ομάδα

A) Αποτελέσματα γνωστικής υπο-κλίμακας

Descriptives

COMPUTE cognitive_subscale=(ER_1 + ER_2 + ER_3 + ER_4 + ER_5 + ER_6 + ER_7 + ER_8 + ER_9 + ER_10 + ER_11 + ER_12 + ER_13 + ER_14 + ER_15 + ER_16 + ER_17 + ER_18 + ER_19 + ER_20 + ER_21 + ER_22 + ER_23 + ER_24 + ER_25) / 25

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound			
21-30	20	4,7080	1,71031	,38244	3,9076			
31-40	34	6,3541	1,63362	,28016	5,7841			
41-50	36	7,1033	1,91094	,31849	6,4568			
51-60	10	6,7240	1,19025	,37639	5,8725			
Total	100	6,3316	1,90672	,19067	5,9533			

Πίνακας 13. Διαφορές γνωστικής υπο-κλίμακας ως προς την ηλικία

Οι διαφορές στη γνωστική υπο-κλίμακα ως προς την ηλικιακή ομάδα είναι αρκετά σημαντικές, όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 13, με τη μεγαλύτερη επάρκεια να παρατηρείται στην ομάδα 41-50, και τη μικρότερη στην ομάδα 21-30. Οι διαφορές αυτές ήταν στατιστικά σημαντικές κυρίως στις περιπτώσεις σύγκρισης της μικρότερης ηλικιακής ομάδας με τις υπόλοιπες, όπως φαίνεται και από τον ακόλουθο έλεγχο.

Multiple Comparisons

Dependent Variable: COMPUTE cognitive_subscale=(ER_1 + ER_2 + ER_3 + ER_4 + ER_5 + ER_6 + ER_7 + ER_8 + ER_9 + ER_10 + ER_11 + ER_12 + ER_13 + ER_14 + ER_15 + ER_16 + ER_17 + ER_18 + ER_19 + ER_20 + ER_21 + ER_22 + ER_23 + ER_24 + ER_25) / 25

Bonferroni

(I) Ηλικία	(J) Ηλικία	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
21-30	31-40	-1,64612 [*]	,48487	,006	-2,9524	,25976
	41-50	-2,39533 [*]	,47985	,000	-3,6881	-1,1026
	51-60	-2,01600 [*]	,66639	,019	-3,8113	-2,2207
31-40	21-30	1,64612 [*]	,48487	,006	,3399	2,9524
	41-50	-,74922	,41147	,430	-1,8577	,3593
	51-60	-,36988	,61897	1,000	-2,0374	1,2976
41-50	21-30	2,39533 [*]	,47985	,000	1,1026	3,6881
	31-40	,74922	,41147	,430	-,3593	2,8677
	51-60	,37933	,61505	1,000	-1,2776	2,1189
51-60	21-30	2,01600 [*]	,66639	,019	,2207	3,8113
	31-40	,36988	,61897	1,000	-1,2976	2,1578

41-50	-,37933	,61505	1,000	-2,0363	
-------	---------	--------	-------	---------	--

B) Αποτελέσματα πρακτικής υπο-κλίμακας

Descriptives

COMPUTE practical_subscale=(ER_26 + ER_27 + ER_28 + ER_29 + ER_30 + ER_31 + ER_32 + ER_33 + ER_34 + ER_35 + ER_36 + ER_37 + ER_38 + ER_39 + ER_40 + ER_41 + ER_42 + ER_43 + ER_44 + ER_45 + ER_46 + ER_47 + ER_48 + ER_49 + ER_50 + ER_51 + ER_52 + ER_53) / 28

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound			
21-30	20	3,8250	1,40382	,31390	3,1680			
31-40	34	5,6040	1,68041	,28819	5,0177			
41-50	36	6,4196	1,54118	,25686	5,8982			
51-60	10	6,5107	,95655	,30249	5,8264			
Total	100	5,6325	1,79050	,17905	5,2772			

Πίνακας 14. Διαφορές πρακτικής υπο-κλίμακας ως προς την ηλικία

Οι διαφορές στη πρακτική υπο-κλίμακα ως προς την ηλικιακή ομάδα είναι επίσης σημαντικές, όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 14, όπου είναι πιο ξεκάθαρο ότι με την αύξηση της ηλικίας ενισχύεται και η αυτό-αναφερόμενη επάρκεια. Οι διαφορές αυτές ήταν στατιστικά σημαντικές σε όλες τις περιπτώσεις σύγκρισης της μικρότερης ηλικιακής ομάδας με τις υπόλοιπες, όπως φαίνεται και από τον ακόλουθο έλεγχο.

Multiple Comparisons

Dependent Variable: COMPUTE practical_subscale=(ER_26 + ER_27 + ER_28 + ER_29 + ER_30 + ER_31 + ER_32 + ER_33 + ER_34 + ER_35 + ER_36 + ER_37 + ER_38 + ER_39 + ER_40 + ER_41 + ER_42 + ER_43 + ER_44 + ER_45 + ER_46 + ER_47 + ER_48 + ER_49 + ER_50 + ER_51 + ER_52 + ER_53) / 28

Bonferroni

(I) Ηλικία	(J) Ηλικία	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	
21-30	31-40	-1,77899*	,42853	,000	-2,9335	
	41-50	-2,59464*	,42410	,000	-3,7372	

	51-60		-2,68571*	,58896	,000	-4,2724	
31-40	21-30		1,77899*	,42853	,000	,6245	
	41-50		-,81565	,36366	,163	-1,7954	
	51-60		-,90672	,54705	,604	-2,3805	
41-50	21-30		2,59464*	,42410	,000	1,4521	
	31-40		,81565	,36366	,163	-,1641	
	51-60		-,09107	,54358	1,000	-1,5555	
51-60	21-30		2,68571*	,58896	,000	1,0990	
	31-40		,90672	,54705	,604	-,5670	
	41-50		,09107	,54358	1,000	-1,3734	

Γ) Αποτελέσματα συναισθηματικής υπο-κλίμακας

Descriptives

COMPUTE affective_subscale=(ER_54 + ER_55 + ER_56 + ER_57 + ER_58 + ER_59 + ER_60 + ER_61 + ER_62 + ER_63 + ER_64 + ER_65 + ER_66 + ER_67 + ER_68 + ER_69 + ER_70 + ER_71 + ER_72 + ER_73 + ER_74 + ER_75 + ER_76 + ER_77 + ER_78 + ER_79 + ER_80 + ER_81 + ER_8

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound			
21-30	20	6,1917	1,40087	,31324	5,5360			
31-40	34	6,8373	1,66711	,28591	6,2556			
41-50	36	7,1769	1,23717	,20620	6,7583			
51-60	10	7,9067	1,37462	,43469	6,9233			
Total	100	6,9373	1,49916	,14992	6,6399			

Πίνακας 15. Διαφορές συναισθηματικής υπο-κλίμακας ως προς την ηλικία

Οι διαφορές στη συναισθηματική υπο-κλίμακα ως προς την ηλικιακή ομάδα είναι αρκετά σημαντικές, όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 15, με τη μεγαλύτερη επάρκεια να παρατηρείται στην ομάδα 41-50, και τη μικρότερη στην ομάδα 21-30 (όπως και στη γνωστική υπο-κλίμακα). Οι διαφορές αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές όπως στις προηγούμενες περιπτώσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Συζήτηση Αποτελεσμάτων

Με βάση τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου γίνεται εμφανές κατά κύριο λόγο, ότι οι επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές/τριες, βοηθοί νοσηλευτών) δεν έχουν αρκετή πολιτισμική επάρκεια όπως παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος για τη γνωστική υπο-κλίμακα είναι 6,3/10, που υποδηλώνει μία σχετικά μέτρια πολιτισμική επάρκεια καθώς και ο μέσος όρος για την πρακτική υπο-κλίμακα είναι 5,6/10, που υποδηλώνει επίσης μία σχετικά μέτρια πολιτισμική επάρκεια. Αυτό καθιστά σαφές ότι υπάρχει αρκετή έλλειψη διαπολιτισμικών γνώσεων από τους επαγγελματίες υγείας που δημιουργεί έντονες δυσκολίες τόσο για την σωστή και ορθή προαγωγή της υγείας απέναντι στους ασθενείς διαφορετικών εθνικοτήτων όσο και για τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας καθώς δεν έχουν την αυτοπεποίθηση, την εμπειρία και την ικανότητα να ανταπεξέλθουν ικανοποιητικά στο έργο τους. Αυτό μπορούμε να το εξηγήσουμε και από τα αποτελέσματα της συναισθηματικής υποκλίμακας καθώς ο μέσος όρος είναι 6,9/10, που υποδηλώνει μία μέτρια πολιτισμική επάρκεια των συμμετεχόντων ως προς αυτήν τη διάσταση, καλύτερη όμως συγκριτικά με την επάρκεια που παρατηρείται στις άλλες υπο-κλίμακες. Όμως βλέπουμε ότι σε όλες τις υποκλίμακες υπάρχει έντονη διαφορά όσο αφορά την ηλικία, καθώς παρατηρούμε ότι, οι ομάδες μεγαλύτερων ηλικιών έχουν

περισσότερες γνωστικές, πρακτικές γνώσεις και νιώθουν περισσότερη αυτοπεποίθηση όσο αφορά την επαγγελματική τους υπόσταση. Αναλυτικότερα, παρατηρούμε ότι, οι διαφορές στη γνωστική υπο-κλίμακα ως προς την ηλικιακή ομάδα είναι αρκετά σημαντικές, όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 13, με τη μεγαλύτερη επάρκεια να παρατηρείται στην ομάδα 41-50 με μέση τιμή 7,1033 και τη μικρότερη στην ομάδα 21-30 με μέση τιμή 4,7080, ενώ ακόμα οι διαφορές στη πρακτική υπο-κλίμακα ως προς την ηλικιακή ομάδα είναι επίσης σημαντικές, όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 14, όπου μεγαλύτερη επάρκεια βλέπουμε στην ομάδα 51-60 με μέση τιμή 6,5107 και τη μικρότερη ομάδα 21-30 με μέση τιμή 3,8250. Τέλος με σχετικά κοινά αποτελέσματα εμφανίζονται και στην συναισθηματική υποκλίμακα καθώς έχουμε την μεγαλύτερη μέση τιμή 7,1769 στην ηλικιακή ομάδα 41-50 ενώ στην ομάδα των ηλικιών μεταξύ 21-30 η μέση τιμή αναλογεί στο 6,1917. Είναι πιο ξεκάθαρο ότι με την αύξηση της ηλικίας ενισχύεται και η αυτό-αναφερόμενη επάρκεια.

Μεγάλη διαφορά παρατηρείται και στο σύνολο των επαγγελματιών υγείας όσο αφορά το φύλο και την επαγγελματική τους ιδιότητα στο νοσοκομείο της Μυτιλήνης (Βοστάνειο). Αναλυτικότερα με βάση τα αποτελέσματα των δεδομένων εδρεύει το γυναικείο φύλο καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό επαγγελματιών υγείας είναι των γυναικών με συνολικό ποσοστό 78%, ενώ το ποσοστό των ανδρών ανέρχεται στο 22%. Όμως όσο αφορά τις γνωστικές, πρακτικές ικανότητες καθώς και ικανότητες αυτοπεποίθησης οι άνδρες φέρουν να έχουν καλύτερα αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι στη γνωστική υπο-κλίμακα οι άντρες είχαν λίγο καλύτερο μέσο όρο από τις γυναίκες (6,7/10 έναντι 6,2/10), ενώ παρατηρούμε ότι και στην πρακτική υπο-κλίμακα οι άντρες είχαν λίγο καλύτερο μέσο όρο από τις γυναίκες (5,7/10 έναντι 5,6/10), αλλά γενικά οι διαφορές ήταν αμελητέες. Τέλος, βλέπουμε ότι και στην συναισθηματική υπο-κλίμακα οι άντρες είχαν λίγο καλύτερο μέσο όρο από τις γυναίκες (7,2/10 έναντι 6,8/10). Ακόμα μια μεγάλη διαφορά στον αριθμό όσο αφορά την ιδιότητα των επαγγελματιών υγείας (νοσηλεύτες/τριες, βοηθοί νοσηλευτών) παρατηρούμε ότι οι νοσηλεύτες/τριες ανέρχονται στο ποσοστό των 40%, ενώ οι βοηθοί νοσηλευτών στο ποσοστό των 60%. Όμως, παρατηρούμε με βάση τις υποκλίμακες ότι οι νοσηλεύτες έχουν περισσότερη διαπολιτισμική επάρκεια σε αντίθεση με τους βοηθούς νοσηλευτές. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι στη γνωστική υπο-κλίμακα οι νοσηλεύτες είχαν καλύτερο μέσο όρο από τους βοηθούς (6,95/10 έναντι 5,9/10). Σε αυτήν την περίπτωση, η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική, καθώς παρατηρούμε και ότι στην πρακτική υπο-κλίμακα οι νοσηλεύτες είχαν και πάλι καλύτερο μέσο όρο από τους βοηθούς (5,9/10 έναντι 5,4/10), χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά. Στη συνέχεια παρατηρούμε ότι και στην συναισθηματική υπο-κλίμακα οι νοσηλεύτες είχαν και πάλι καλύτερο μέσο όρο από τους βοηθούς (7,1/10 έναντι 6,8/10), και εδώ χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά.

Έχοντας αναλύσει τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώνουμε ότι, αν και υπάρχει μια σχετική έλλειψη διαπολιτισμικής επάρκειας των επαγγελματιών υγείας στο Νοσοκομείο της Μυτιλήνης (Βοστάνειο), οι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν καθημερινά σε ένα σύνολο τομέων στην υγεία να προσφέρουν το κατάλληλο επίπεδο εμπιστοσύνης, γνώσης και εμπειρίας στο οποίο οι ασθενείς τους δείχνουν την ευγνωμοσύνη τους και το επιβραβεύουν. Άλλωστε η ευθύνη των νοσηλευτών σε παγκόσμιο επίπεδο διογκώνεται και είναι καλό να επιδιώξουν αυτή την εμπιστοσύνη να το συντηρούν σε σχέση με τους ασθενείς, τους συναδέλφους και την κοινότητα κρατώντας τα υψηλότερα δυνατά πρότυπα ηθικών και επαγγελματικών συμπεριφορών με αποδοχή προσωπικής ευθύνης στην καθημερινή πρακτική.

Αυτό προκύπτει όταν οι νοσηλευτές έχουν γνώση της δεοντολογίας και πραγματοποιούν εφαρμογή στην νοσηλευτική πρακτική μέτρηση των ηθικών αρχών. Η νοσηλευτική κοινότητα έχει ανάγκη όμως διαρκώς να επανεξετάζει τις συνθήκες της κοινωνίας και τις ανάγκες της. Αυτό μπορεί να βελτιωθεί με τους νέους επαγγελματίες υγείας καθώς οι καθηγητές στην νοσηλευτική είναι αναγκαίο να επαναξιολογούν τις διδακτικές πρακτικές που βασίζονται στις ηθικές αξίες με στόχο να συνεπικουρούν την κατάλληλη δεοντολογική νοσηλευτική πρακτική μέσω ενεργών εκπαιδευτικών μεθόδων στο σύγχρονο απαιτητικό περιβάλλον που βρίσκεται σε διαρκή μεταβολή. Τέλος όσον αφορά την καλύτερη προαγωγή υγείας να υπάρχουν περισσότεροι μεταφραστές με γνώσεις όλων των γλωσσικών εθνικοτήτων σε 24ωρη βάση στα νοσοκομεία που χρήζουν έντονο το πρόβλημα του προσφυγικού για να προκύψει όσο το δυνατόν καλύτερη συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών διαφορετικών εθνικοτήτων.

3.2 Περιορισμοί

Αυτή η μελέτη υπόκειται σε κάποιους περιορισμούς. Ο σημαντικότερος αφορά στο μέγεθος του δείγματος, καθώς είναι σχετικά μικρό ($n=100$) προκειμένου να εξαχθούν γενικευμένα συμπεράσματα. Λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος, ορισμένες κατηγορίες συμμετεχόντων είχαν πολύ χαμηλή αντιπροσώπευση (πχ μόνο 22 άντρες και μόνο 10 άτομα στην ηλικιακή ομάδα 51-60). Επιπλέον, η μελέτη αφορούσε μόνο σε ένα νοσοκομείο, κάτι που επίσης δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Το νοσοκομείο είναι σχετικά μικρό, και υπό αυτήν την έννοια οι ερευνήτριες δεν είναι σίγουρες αν οι εργαζόμενοι μπορούσαν να απαντήσουν ανεπηρέαστοι από το γεγονός ότι είχαν σχέση γνωριμίας μεταξύ τους, όσο και αν υπήρξαν διαβεβαιώσεις ότι η εμπιστευτικότητα των απαντήσεων θα τηρηθεί στο ακέραιο. Πέρα από αυτές τις μεθοδολογικές αδυναμίες, πρέπει να ληφθούν υπόψη δύο σημαντικοί παράγοντες που πιθανόν επηρεάζουν τα αποτελέσματα. Ο πρώτος έχει να κάνει με τη φύση του ερωτηματολογίου: αν και έχει δοκιμαστεί με επιτυχία διεθνώς και στον ελληνικό χώρο, οι ερωτήσεις του είναι πολλές και ορισμένες είναι δύσκολες. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η συμπλήρωση έγινε σε ωράριο εργασίας, είναι πιθανό να μην αντιμετωπίστηκαν όλες οι ερωτήσεις με τη δέουσα προσοχή. Ο δεύτερος περιοριστικός παράγοντας έχει να κάνει με τις συνθήκες που επικρατούν στο συγκεκριμένο νησί, με αυξημένο αριθμό μεταναστών που δημιουργεί προβλήματα στην τοπική κοινωνία. Αυτό σημαίνει πως είναι πιθανό οι συμμετέχοντες να ήταν αρνητικά προδιατεθειμένοι σε ζητήματα διαπολιτισμικότητας και να μη θεώρησαν εξίσου σημαντικές όλες τις ερωτήσεις. Η σύγκριση των αποτελεσμάτων με αυτά μίας μελλοντικής μελέτης σε άλλο πιο αποφορτισμένο νοσοκομείο πιθανότατα θα εξαλείψει μερικώς αυτούς τους περιορισμούς.

3.3 Συμπεράσματα

Έχοντας ολοκληρώσει την ανάλυση και τις συσχετίσεις των αποτελεσμάτων της ερευνητικής μας εργασίας προκύπτει ότι, από το δείγμα των 100 επαγγελματιών υγείας που πάρθηκε οι περισσότεροι είναι γυναίκες που εμφανίζουν και στις τρεις (γνωστική-πρακτική-συναισθηματική) υποκλίμακες μέτρια διαπολιτισμική επάρκεια σε σχέση με το μικρότερο ποσοστό συνόλου των ανδρών, οι οποίοι δείχνουν μεγαλύτερη διαπολιτισμική επάρκεια.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι, το μεγαλύτερο ποσοστό επαγγελματιών υγείας είναι οι βοηθοί νοσηλευτών καθώς εμφανίζουν πιο μειωμένη διαπολιτισμική επάρκεια και στις τρεις υποκλίμακες σε σχέση με τους νοσηλευτές. Σημαντικό στοιχείο της έρευνας είναι η ηλικία καθώς παρατηρούμε περισσότερη γνωστική, πρακτική γνώση καθώς και συναισθηματική επάρκεια στις μεγαλύτερες ηλικίες δεδομένου της χρόνιας πείρας στον χώρο της υγείας. Η μικρότερη βαθμίδα ηλικιακής ομάδας φαίνεται να έχει τη μικρότερη διαπολιτισμική επάρκεια πιθανολογώντας να οφείλεται στην απειρία τους στον χώρο.

Παρόλα αυτά, η διαπολιτισμική φροντίδα συνιστά αναγκαιότητα και σημαντική πτυχή της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, γι' αυτό και είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να έχουν αλλά και να αποκτήσουν τις αναγκαίες δεξιότητες και γνώσεις διαπολιτισμικής επάρκειας προκειμένου να είναι σε θέση να προάγουν όσο το δυνατόν καλύτερα την φροντίδα υγείας σε όλους τους ασθενείς ανεξαρτήτων εθνικοτήτων που τους έχουν ανάγκη. Απαραίτητη και αναγκαία προϋπόθεση είναι να σκέφτονται και να δρουν με αντικειμενική κριτική απέναντι στο προσφυγικό και μεταναστευτικό ρεύμα, αποστασιοποιημένοι από τα αρνητικά συμβάντα που διαδραματίζονται συνεχώς στο νησί και να λειτουργούν με βάση την ηθική και επαγγελματική τους υπόσταση χωρίς να διαχωρίζουν τον ασθενή. Άλλωστε η νοσηλευτική θεωρείται λειτούργημα και όχι ένα απλό επάγγελμα, χρειάζεται κατανόηση και σεβασμό απέναντι στους ασθενείς με διαφορετική κουλτούρα, ήθη, έθιμα αλλά και θρησκεία Όπως χαρακτηρίζει πολύ επιτυχημένα ο Δρ Newham Για να είσαι "σοφός" νοσηλευτής, είναι ανάγκη να είσαι "σοφός" άνθρωπος.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

- Αποστολαρά, Π.,(2013), Διαπολιτισμική Επικοινωνία, Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης,6 (1), σ.3.
- Βερνίκος Ν., Δασκαλοπούλου Σ., Μπαντιμαρούδης Φ., Μπουμπάρης Ν., Παπαγεωργίου Δ., Πολιτιστικές Βιομηχανίες. Διαδικασίες, Υπηρεσίες, Αγαθά, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα, 2005.
- Γεωργογιάννης, Π.,(2007) Διαπολιτισμική κοινωνική ψυχολογία και έρευνα, Tyrocenter, Πάτρα.
- Γλύκατζη – Αρβελέρ Ελένη, (2007), Πολιτισμός και ελληνισμός, Καστανιώτη.
- Δαμανάκη Μ., «Πολυπολιτισμική –Διαπολιτισμική Αγωγή. Αφετηρία, στόχοι, προοπτικές». Στο περιοδικό Εκπαιδευτικά, τ. 16/1989, σ. 78.
- Δαμανάκη, Μ., Μετανάστευση και εκπαίδευση, Gutenberg, Αθήνα 1995, σ. 24.
- Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (ΔΟΜ). (2018).
- Δημοπούλου – Λαγωνίκα, Μ. (2006). Μεθοδολογία Κοινωνικής Εργασίας: Μοντέλα Παρέμβασης. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Μπαμπινιώτης Γ.,(2006). Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας. Β' Έκδοση. Γ' Ανατύπωση, Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα, 2006, : 1441.
- Μπιτσάνη, Ε., (2004), Πολιτισμική διαχείριση και περιφερειακή ανάπτυξη-Σχεδιασμός πολιτιστικής πολιτικής και πολιτιστικού προϊόντος, Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος.
- Νικολάου, Γ. (2011). Ένταξη και εκπαίδευση των αλλοδαπών μαθητών στο δημοτικό σχολείο. Αθήνα: Πεδίο
- Παπαθανασόπουλου Γ.Ν. , «Διαπολιτισμικότητα και αθεία», (2012).
- Παπαδόπουλος Ι., Καλοκαιρινού Α., Κούτα Χ., (2011) Διαπολιτισμική Νοσηλευτική και Πολιτισμική Επάρκεια για Επαγγελματίες Υγείας, Αθήνα Εκδ.Πασχαλίδη.
- Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής. (2011).
- Χατζηναστασίου Σ., Παυλή Α., Μαλτέζου Ε. (2015). Μετανάστες και δημόσια υγεία: έλεγχος διαλογής πρώτης υποδοχής.
- Χατζή , Α., «Πολυπολιτισμικότητα και Κοινωνία», ηλεκτρονικό περιοδικό Κέντρο Φιλελεύθερων Μελετών.

Ξενόγλωσση

- Allen J., (2010). Improving cross-cultural care and antiracism in nursing education: a literature review., Nurse Educ Today., 30(4):314-20.
- Ansell, D.A., McDonald, E.K., (2015) Bias, Black Lives, and Academic Medicine, *N Engl J Med*, 372:1087-1089.

- Campinha-Bacote J (1998) The process of cultural competence in the delivery of healthcare services. A culturally competent model of care. 3rd ed. Transcultural C.A.R.E. Associates, Cincinnati.
- Cuche Denys (M. Λεοντσίνι επιμ.) Η έννοια της κουλτούρας στις κοινωνικές επιστήμες Αθήνα 2001.
- Fitzgerald EM., Myers JG., Clark P, (2016). Nurses Need Not Be Guilty
- Bystanders: Caring for Vulnerable Immigrant Populations. Online J Issues Nurs. ,1:22(1):8.
- Papadopoulos I., Lay M., Lees S. (2004) The A.S.E.R.T. project. Enhancing the evidence base on health promotion issues among ethnic minorities, refugees, and Gypsy Travellers in Wales. Welsh Assembly Government. Cardiff
- Koutelekos I. The need for communication between health professionals and patients.
- Perioperative nursing 2015; 4(1):1-2
- Landis D., Bennett, J., Bennett, M., (2003). **Developing Intercultural Sensitivity: An Integrative Approach to Global and Domestic Diversity**
- Newham, R., Curzio, J., Carr, G., & Terry, L. Contemporary nursing wisdom in the UK and ethical knowing: difficulties in conceptualising the ethics of nursing. Nursing Philosophy, 2014; 15 (1): 50-56.
- Olshansky, E. (2011). Nursing as the most trusted profession: Why this is important. Journal of Professional Nursing, 2011; 27(4): 193-194
- Papadopoulos I., Tilki M., Taylor G. (1998) Transcultural care. A guide for health care professionals. Quay Books, Dinton
- Purnell L. D., Paulanka B. J. (1998) Transcultural health care. A culturally competent approach. F A Davies, Philadelphia
- Polikandrioti M, Koutelekos I. Patients' needs. Perioperative Nursing. 2013; 2(2):73-83
- Rocque R, Leanza Y. (2015). A Systematic Review of Patients' Experiences in Communicating with Primary Care Physicians: Intercultural Encounters and a Balance between Vulnerability and Integrity. PLoS One. , 6:10(10).
- Sealey L., (2003), Cultural competence of faculty of Baccalaureate nursing programs. Dissertation. Louisiana State University, Louisiana, USA.
- Siegel, T. J. Sustaining the Most Ethical Profession. Teaching and Learning in Nursing, 2018; 13(1):2.
- Young S, Guo KL. (2016), Cultural Diversity Training: The Necessity of Cultural Competence for Health Care Providers and in Nursing Practice. Health Care Manag (Frederick)., 35(2):94-102.
- Woods M. Nursing ethics education: are we really delivering the good(s)? Nurs Ethics 2005; 12(1): 5–18.
- Kwasky, A., Corrigan C. (2016). Nursing in the Mercy Traditions: Engaging Students in the Life of Catherine McAuley. J Christ Nurs. , 33(4):244-8.
- Sarafis P, Igoumenidis M, Tzavara C, Malliarou M. Reliability and Validity of the Transcultural Self- Efficacy Tool (Greek Version). Journal of Nursing Measurement 2014q22(2):E41-E51

Ηλεκτρονικές πηγές

- <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=6655>
- <http://www.opengov.gr/immigration/?p=799>
- <https://greece.iom.int/>
- <http://www.cna.gr/world/lei-sinthiki-douvlino-gia-metanastefiko/>.
- https://www.travelsafe.gr/N2910_GR.pdf
- [http://www.libertyforum.gr/attachments/article/2\(2011\),5.\(1-22\).](http://www.libertyforum.gr/attachments/article/2(2011),5.(1-22).)
- http://www.zoiforos.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=7834:diapolitismikotita-kai-athea-tou-giorgou-npapathanasopoulou&catid=278&Itemid=358
- [http://www.libertyforum.gr/attachments/article/2\(2011\),5.\(1-22\).](http://www.libertyforum.gr/attachments/article/2(2011),5.(1-22).)
- http://www.zoiforos.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=7834:diapolitismikotita-kai-athea-tou-giorgou-npapathanasopoulou&catid=278&Itemid=358

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο

Διερεύνηση διαπολιτισμικής ικανότητας και γνώσης

Με την ευγενική παραχώρηση των δικαιωμάτων χρήσης του ερωτηματολογίου TSET (Transcultural Self-Efficacy Tool) του βιβλίου *Teaching Cultural Competence in Nursing and Health Care*, του εκδοτικού οίκου Springer Publishing και την καθήγηση Dr. Marianne Jeffreys, The City University of New York College of Staten Island, Nursing Department, 2890 Victory Boulevard, Staten Island, New York 10314, USA, για τις ανάγκες του μαθήματος

Η μετάφραση στα ελληνικά και η στάθμιση του ερωτηματολογίου έγινε από τους Δρ Σαράφη Παύλο και Δρ Μαλλιάρου Μ

Κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής σας εκπαίδευσης, θα φροντίσετε ασθενείς από πολλά διαφορετικά πολιτισμικά υπόβαθρα. Αυτοί οι ασθενείς αντιπροσωπεύουν ποικίλες φυλετικές, εθνικές, γενετικές, κοινωνικοοικονομικές και θρησκευτικές ομάδες. Η πολιτισμική διαφορά έγκειται στις ανάγκες παροχής φροντίδας υγείας και στις πρακτικές θεραπείας, γνωρίζοντας και κατανοώντας τους πολιτισμικούς παράγοντες που σχετίζονται με την φροντίδα των ασθενών, θεμελιώνετε μια θεωρητική βάση για την παροχή ειδικής πολιτισμικής φροντίδας.

Μέρος 1^ο

Μεταξύ ασθενών από διαφορετικά πολιτισμικά υπόβαθρα, πόσο κατανοητοί είναι σε εσάς οι τρόποι με τους οποίους οι πολιτισμικοί παράγοντες επηρεάζουν τη νοσηλευτική φροντίδα; Παρακαλώ χρησιμοποιήστε την παρακάτω κλίμακα και σημειώστε την απάντησή σας

	ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΠΟΥΡΟΣ									ΑΠΟΛΥΤΑ ΣΠΟΥΡΟΣ
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Γνωρίζετε και κατανοείτε τους τρόπους που οι πολιτισμικοί παράγοντες επηρεάζουν τη νοσηλευτική φροντίδα στους ακόλουθους τομείς:										
1) ιστορικό υγείας και συνέντευξη	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2) κλινική εξέταση	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3) πληροφορημένη συναίνεση	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4) προαγωγή της υγείας	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5) πρόληψη της ασθένειας	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6) διατήρηση της υγείας	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7) αποκατάσταση της υγείας	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8) ασφάλεια	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9) άσκηση και φυσική δραστηριότητα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10) ανακούφιση του πόνου	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11) διαίτα και διατροφή	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12) διδασκαλία του ασθενή	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13) υγιεινή	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14) μείωση του άγχους και του στρες	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15) διαγνωστικός έλεγχος	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16) αιματολογικός έλεγχος	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17) εγκομοσύνη	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18) τοκετός	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19) πνευματική και σωματική ανάπτυξη	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20) γήρανση	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21) θάνατος και διαδικασία θανάτου	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22) θρήνος και απώλεια	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23) υποστήριξη της ζωής και ανάνηψη	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24) σεξουαλικότητα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25) ανάπνευση και ύπνος	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Μέρος 2°

Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για να αναγνωριστούν οι ειδικοί πολιτισμικοί παράγοντες που επηρεάζουν την συμπεριφορά του ασθενή, είναι να διεξαχθεί μία πολιτισμική εκτίμηση του κάθε ασθενούς. Αυτό πραγματοποιείται καλύτερα με την συνέντευξη.

Αυτή τη στιγμή: πόσο σίγουροι είστε, ώστε να αξιολογήσετε με τη λήψη ιστορικού υγείας ασθενών διαφορετικού πολιτισμικού υπόβαθρου, τις αξίες και τα πιστεύω τους;

Αξιολογήστε το βαθμό αυτοκεποίθησης και βεβαιότητάς σας για το καθένα από τα παρακάτω θέματα συνέντευξης. Παρακαλώ χρησιμοποιήστε την παρακάτω κλίμακα και σημειώστε την απάντησή σας αναλόγως.

	ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΠΟΥΡΟΣ									ΑΠΟΛΥΤΑ ΣΠΟΥΡΟΣ
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
Να ρωτήσετε τους ασθενείς από διαφορετικά πολιτιστικά υπόβαθρα σχετικά με:										
26) προτίμηση γλώσσας	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
27) επίπεδο κατανόησης της ελληνικής γλώσσας	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
28) σημασία της λεκτικής επικοινωνίας	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
29) σημασία της μη λεκτικής επικοινωνίας	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
30) σημασία του προσωπικού χώρου και της επαφής	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
31) αντίληψη του χρόνου και προσανατολισμός	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
32) φυλετικό υπόβαθρο και ταυτότητα	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
33) εθνικό υπόβαθρο και ταυτότητα	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
34) κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο και ταυτότητα	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
35) θρησκευτικό υπόβαθρο και ταυτότητα	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
36) γνωστικό υπόβαθρο και ενδιαφέροντα	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
37) θρησκευτικές πρακτικές και πιστεύω	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
38) εκπολιτισμός	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
39) άποψη για τον κόσμο (φιλοσοφία για τη ζωή)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
40) στάσεις απέναντι στην τεχνολογία φροντίδας υγείας	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
41) εθνικές διατροφικές συνήθειες	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
42) ρόλος των ηλικιωμένων	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
43) ρόλος των παιδιών	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
44) οικονομικές ανησυχίες	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
45) παραδοσιακές αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
46) παραδοσιακή πρακτική ιατρική και χρήση της	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
47) ο ρόλος των φύλων και υπευθυνότητα	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
48) αποδεκτές συμπεριφορές ασθένειας	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
49) ο ρόλος της οικογένειας στην ασθένεια	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
50) εμπειρίες προκατάληψης και διακρίσεων	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
51) περιβάλλον του σπιτιού	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
52) συγγενικοί δεσμοί	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
53) γήρανση	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

Μέρος 3^ο

Ως νοσηλευτές που θα φροντίζετε πολλούς διαφορετικούς ανθρώπους, η γνώση του εαυτού σας είναι πολύ σημαντική.

Παρακαλώ αξιολογήστε το βαθμό αυτοπεποίθησης και βεβαιότητας σας για καθένα από τα παρακάτω θέματα.

Χρησιμοποιήστε την παρακάτω κλίμακα και σημειώστε την απάντησή σας αναλόγως.

	ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΙΓΟΥΡΟΣ									ΑΠΟΛΥΤΑ ΣΙΓΟΥΡΟΣ
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A) Σχετικά με τον εαυτό σας <u>είστε ενήμεροι</u> για:										
54) <u>τη δική σας</u> πολιτισμική κληρονομιά και τα πιστεύω	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
55) <u>τις δικές σας</u> προκαταλήψεις και περιορισμούς	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
56) τις διαφορές μέσα <u>στην δική σας</u> πολιτισμική ομάδα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B) Μεταξύ ασθενών από διαφορετικά πολιτιστικά υπόβαθρα.										
<u>Είστε ενήμεροι</u> για:										
57) προκατειλημμένη και χωρίς σεβασμό θεραπεία	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
58) διαφορές στην αντίληψη του ρόλου του νοσηλευτή	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
59) παραδοσιακές συμπεριφορές φροντίδας	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
60) επαγγελματικές συμπεριφορές φροντίδας	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
61) το συναισθηματικό εύρος/ δυσχέρειας που έχει κάποιος όταν εισέρχεται σε ένα πολιτισμικά διαφορετικό κόσμο	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
62) αλληλεπίδραση μεταξύ νοσηλευτικών, παραδοσιακών και επαγγελματικών συστημάτων	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>Αποδέγεστε:</u>										
63) διαφορές μεταξύ πολιτισμικών ομάδων	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
64) ομοιότητες μεταξύ πολιτισμικών ομάδων	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
65) άρνηση αποδοχής θεραπείας λόγω πεποιθήσεων	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>Εκτιμάτε:</u>										
66) την αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμων διαφορετικών πολιτισμών	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
67) την πολιτισμική ευαισθησία και συνείδηση	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
68) νοσηλευτική φροντίδα ειδικευμένη στην πολυπολιτισμικότητα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
69) το ρόλο της οικογένειας στη παροχή φροντίδας υγείας	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
70) άποψη των ασθενών για τον κόσμο (φιλοσοφία για τη ζωή)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ΚΑΘΟΛΟΥ
ΣΠΟΥΡΟΣ

5
ΑΠΟΛΥΤΑ
ΣΠΟΥΡΟΣ

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

Μεταξύ ασθενών με διαφορετικά πολιτισμικά υπόβαθρα

Αναγνωρίζετε:

71) τις ανεπάρκειες στο ελληνικό σύστημα υγείας	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
72) τη σημασία των σπιντικών παραδοσιακών φαρμάκων και θεραπειών (γιατροσόφια)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
73) τον αντίκτυπο των ρόλων στις πρακτικές φροντίδας υγείας	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
74) τον αντίκτυπο των αξιών στις πρακτικές φροντίδας υγείας	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
75) τον αντίκτυπο των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στις πρακτικές φροντίδας υγείας	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
76) τον αντίκτυπο των πολιτικών παραγόντων στις πρακτικές φροντίδας υγείας	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
77) την ανάγκη πολιτισμικής φροντίδας για συντήρηση/διατήρηση	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
78) την ανάγκη πολιτισμικής φροντίδας για στέγαση/ διαπραγμάτευση	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
79) την ανάγκη πολιτισμικής φροντίδας για ανανέωση/ αναδιοργάνωση	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
80) την ανάγκη για αποτροπή εθνοκεντρικών στάσεων	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
81) την ανάγκη για αποτροπή της πολιτισμικής επιβολής	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

Συνηγορεύετε:

82) στις αποφάσεις των ασθενών που βασίζονται στις πολιτισμικές τους πεποιθήσεις	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
83) στην πολιτισμικά ειδικευμένη φροντίδα	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

Σας ευχαριστούμε θερμά για την συμμετοχή και την αρωγή σας στην έρευνα.

Συγκατάθεση από το Νοσοκομείο Μυτιλήνης (Βοστάνειο)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ «ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ»

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΕΠΙ. ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
Γ.Ν. ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ «ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ»
Συνεδρίαση υπ' αριθμ. 92, της 10.12.19

9^η ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ Γ.Ν. ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ «ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ» ΕΤΟΥΣ 2019

Στη Μυτιλήνη σήμερα 10 Δεκεμβρίου 2019 ημέρα Τρίτη και ώρα 12.00 π.μ. συνήλθε σε τακτική συνεδρίαση το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο» μετά από πρόσκληση του Προέδρου αυτού για την εξέταση θεμάτων της Ημερήσιας Διάταξης

Προσήλθαν και παρέστησαν :

- Παπαλουσάνδρου Φώτιος, Συντονιστής Δ/ντης Καρδιολογικής Κλινικής
- Ανιτοάκης Χαράλαμπος, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής
- Ιατρουδέλλη Ειρήνη, Δ/ντρια Ιατρικής βιοπαθολογίας
- Σταυρέλης Χρήστος, Επιμελητής Α' Παθολογικής Κλινικής
- Πιαντέ Ανδριανή Επιμ. Β' Μ.Ε.Θ.
- Πασβούρη Μαγδαληνή, ειδικευόμενη ιατρός
- Καραβελάκης Νικόλαος, Φαρμακοποιός κατηγορίας ΠΕ.
- Καβίρη Δέσποινα, Νοσηλεύτρια κατηγορίας ΠΕ
- Οσμάνλης Θεμιστοκλής, Προϊστάμενος Ιατρικών Εργαστηρίων κατηγορίας ΤΕ.

Επίσης προσήλθε και παρέστη η Γραμματέας κ. Παρασκευή Παύλου .

ΘΕΜΑ 4: Εξέταση αιτήματος χορήγησης άδειας για τη διενέργεια ερευνητικής μελέτης στο νοσοκομείο Μυτιλήνης.

Ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου κ. Παπαλουσάνδρου Φώτης θέτει στο Ε.Σ. το υπ' αριθμ. 15876/29.10.2019 έγγραφο των κ.κ. Γιαγιτζόγλου Όλγας και Βίσσα Σόνιας, φοιτητριών του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πατρών με το οποίο ζητούν της έγκριση για την διενέργεια ερευνητικής μελέτης στο νοσοκομείο Μυτιλήνης με τη χρήση έντυπου ερωτηματολογίου, με θέμα την πολιτισμική επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού, στα πλαίσια της διπλωματικής τους εργασίας με τίτλο "Διαπολιτισμική επάρκεια επαγγελματιών υγείας σε νησί που δέχεται αυξημένες μεταναστευτικές και προσφυγικές ροές". Σύμφωνα με τα γραφόμενα στην αίτησή τους, η μελέτη πρόκειται να πραγματοποιηθεί με σεβασμό στον απόρρητο χαρακτήρα των πληροφοριών και την τήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, σύμφωνα με τους ισχύοντες κανόνες ηθικής και δεοντολογίας για την έρευνα στο χώρο της υγείας.

Προτείνει στα μέλη του Ε.Σ. να γνωμοδοτήσουν υπέρ της διενέργειας της ανωτέρω ερευνητικής μελέτης στο νοσοκομείο Μυτιλήνης.

Ακολουθεί διαλογική συζήτηση και το Ε.Σ.

ΟΜΟΦΩΝΑ ΓΝΩΜΟΔΟΤΕΙ

Υπέρ της διενέργειας ερευνητικής μελέτης των κ.κ. Γιαγιτζόγλου Όλγας και Βίσσα Σόνιας, φοιτητριών του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πατρών, με τη χρήση έντυπου ερωτηματολογίου, στο νοσοκομείο Μυτιλήνης, στα πλαίσια της διπλωματικής τους εργασίας με τίτλο "Διαπολιτισμική επάρκεια επαγγελματιών υγείας σε νησί που δέχεται αυξημένες μεταναστευτικές και προσφυγικές ροές", με σεβασμό στον απόρρητο χαρακτήρα των πληροφοριών και την τήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, σύμφωνα με τους ισχύοντες κανόνες ηθικής και δεοντολογίας για την έρευνα στο χώρο της υγείας.

Έγινε το παρόν και υπογράφεται όπως ακολουθεί :

Ο ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΑΝΤΣΑΚΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΠΑΠΑΛΥΣΑΝΔΡΟΥ ΦΩΤΗΣ

ΤΑ ΜΕΛΗ

ΙΑΤΡΟΥΔΕΛΛΗ ΕΙΡΗΝΗ
ΣΤΑΥΡΕΛΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ
ΠΑΣΒΟΥΡΗ ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ
ΚΑΡΑΒΕΛΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΚΑΒΙΡΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ
ΟΣΜΑΝΛΗΣ ΘΕΜΙΣΤΟΚΛΗΣ



ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Μυτιλήνη.....13.12.19.....

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ Ε.Σ.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΠΑΥΛΟΥ

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΠΑΥΛΟΥ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ